
Spesialisert senter for elektiv kirurgi SSF

05.12.2023

Nina Føreland / Mikkel Peter Høiberg

Navn

Sørlandet sykehus HF

1.	Oppsummering og anbefalinger.....	4
2.	Bakgrunn, premisser og organisering.....	6
2.1	Bakgrunn	6
2.2	Historikk.....	6
2.3	Målbilde.....	7
2.4	Mandat og premisser	8
2.5	Prosess	9
2.6	Avgrensninger	10
3.	Dagens kirurgiske aktivitet ved SSF	11
3.1	Organisering og ledelse	11
3.2	Midlertidig stenging av akuttkirurgi og arbeid med gjenåpning	11
3.3	Aktivitet, ventetid og fristbrudd	13
3.4	Operasjonsstuekapasitet.....	15
3.5	Bemanning (spesialsykepleiere og overleger i kirurgiske fag)	17
3.6	Utdanning og rekruttering av helsepersonell.....	18
3.7	Vaktberedskap for overleger i kirurgiske fag SSF	20
4.	Midlertidig organisering av avdeling for kirurgiske fag SSF	20
5.	Spesialisert senter for kirurgi ved SSF - modeller.....	21
5.1	Overordnede modeller for overføring av pasienter fra SSK til SSF	21
5.1.1	Modell 1 – Flytting av planlagte pasienter uten å flytte personell	21
5.1.2	Modell 2 – Flytting av planlagte pasienter med hele eller deler av team	22
5.1.3	Modell 3 – Periodevis flytting av planlagte pasienter med hele eller deler av team.....	22
5.2	Avgrensninger av pasientgrupper innen kirurgi	22
6.	Spesialisert senter for kirurgi ved SSF – gjennomføring.....	24
6.1	Modeller for overføring av pasientbehandling	24
6.1.1	Gynekologi – Modell 1.....	24
6.1.2	Ortopedi – Modell 2	24
6.2	Bemanning, rekruttering og utdanning.....	25
6.2.1	Rekruttering av overleger	25
6.2.2	Samarbeid om bemanning innad i SSHF.....	26
6.2.3	Utdanning av helsepersonell.....	26
6.3	Konsekvenser for enheter i avdeling for kirurgiske fag SSF.....	28
6.3.1	Endret bemanningsbehov og arbeidstid SSF	28
6.3.2	Vaktordning for anestesileger (fra 4-delt til 6-delt).....	29
6.4	Konsekvenser for andre fagområder og avdelinger.....	30
6.5	Aktivitet og økonomi.....	32
6.6	Kommunikasjon og omdømme	34
7.	Risikoanalyse.....	35
7.1	Gjennomføring av risikoanalyse.....	35
7.2	Risikomatrise – spredning av risiko før og etter tiltak	35
7.3	Sårbarhetsområder og risikoreduserende tiltak	37
7.4	Videre arbeid og oppfølging av tiltak.....	40

Figurliste

Figur 1 Gjennomførte møter om forpliktede nettverkssamarbeid med andre foretak	12
Figur 2 Aktivitet avdeling for kirurgiske fag SSF (2019-2023)	13
Figur 3 Aktivitet ortopedisk seksjon SSF (2019-2023)	13
Figur 4 Samlet ortopedisk operasjonsaktivitet SSHF (2019-2023)	13
Figur 5 Aktivitet gynekologisk seksjon SSF (2019-2023)	14
Figur 6 Aktivitet generell kirurgi, tannbehandling og hørselsentral SSF (2019-2023)	14
Figur 7 Normalaktivitet per stue per dag (høst 2023/vår 2024)	15
Figur 8 Plan for stuedager pr halvår pr fagområde (inkl. ledige stuedager i hvitt)	16
Figur 9 Status ansatte (per 01.10.23)	17
Figur 10 Besatte stillinger, utrykninger og venteliste ved kirurgisk avdeling SSK	23
Figur 11 Besatte stillinger, utrykninger og venteliste ved kirurgisk avdeling SSA	23
Figur 12 Illustrasjon av Tynset-modellen	25
Figur 13 Forventet endring i inntekt og dekningsbidrag SSF	32
Figur 14 Forventet endring i driftsøkonomi	33
Figur 15 Spredning i risiko - uten risikoreduserende tiltak	36
Figur 16 Spredning i risiko - med risikoreduserende tiltak	36
Figur 17 Totaloversikt over analyserte risikoområder	37

Vedlegg

Vedlegg 1 - Mandat for utredning av «Modell for elektiv kirurgi SSF»	
Vedlegg 2 - Lederstøtte og pasientadministrasjon Kirurgisk avdeling SSF – ortopedi, AIO og gyn	
Vedlegg 3 - Senter for elektiv kirurgi SSF Del 1	
Vedlegg 4 - ROS modell 1 (del 1)	
Vedlegg 5 - ROS modell 2 (del 1)	
Vedlegg 6 - ROS modell 3 (del 1)	
Vedlegg 7 - Vedtak i formannskapet i Flekkefjord kommune (15.06.23)	
Vedlegg 8 - Kommunikasjonsplan med interessentanalyse	
Vedlegg 9 - Risiko- og sårbarhetsanalyse (del 2) - Spesialisert senter for elektiv kirurgi SSF	

1. Oppsummering og anbefalinger

Rapporten oppsummerer arbeidsgruppas utredning og anbefalinger for opprettelse av et spesialisert senter innen elektiv kirurgi ved klinikk for somatikk Flekkefjord (oppfølging av styrevedtak 27.04.23, [sak 031-2023](#), punkt 3).

Mandat for utredningen ble vedtatt av administrerende direktør i møte i foretaksledelsen 30.05.23 (sak 151-2023). Arbeidsgruppen har gjort avgrensninger i pasientgrupper som er begrunnet i rapporten.

Arbeidet er gjennomført i to deler:

- Del 1 (mai-juni): Kartlagt dagens kirurgiske aktivitet ved SSF og utarbeidet tre modeller for overføring av pasientgrupper fra SSK til SSF, samt en enkel ROS-analyse for hver av de tre modellene (rapport i SSHFs foretaksledelse 27.06.23)
- Del 2 (aug-nov): Avklart aktuelle pasientgrupper for overføring fra SSK til SSF, vurdert disse opp mot de tre modellene, anbefalt modell, beskrevet konsekvenser for klinikkene og utdanningsinstitusjonene, samt gjennomført risikoanalyse av 9 sårbarhetsområder med risikoreduserende tiltak.

I del 1 ble arbeidet utført av en relativt liten gruppe som ble ledet av fagdirektør. I del 2 ble gruppen utvidet til en bredt sammensatt gruppe fra alle tre somatiske klinikker og Medisinsk serviceklinikk, sentrale staber, brukere, tillitsvalgte og verneombud. Arbeidet i del 2 er ledet fra organisasjonsavdelingen i samarbeid med fagavdelingen. Det er gjennomført totalt 10 digitale møter i gruppen.

Proessen har vært åpen og transparent, med god medvirkning. Det har vært stor grad av forståelse i gruppen over at det er en krevende situasjon for medarbeidere ved SSF. Deltakerne har søkt å finne løsninger som skal være forutsigbare og forebygge usikkerhet hos ansatte og befolkningen. Det er informert om prosessen underveis, både internt og eksternt.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn videreføring av akuttfunksjoner i indremedisin, føde/gynekologi, ortopedi og anestesi. Det har vært et betydelig fokus på å sikre anestesiberedskap ved SSF som har stor betydning for fødetilbudet og tilbudet til medisinske pasienter.

Det er tatt utgangspunkt i pasientvolum, kompetanse, utstyr og ventelister i SSHF. Gruppen anbefaler overføring av flere ortopediske og gynekologiske pasientgrupper fra SSK til SSF. For gynekologi planlegges overført 50 dagkirurgiske pasienter, uten å øke ansatte ved SSF (modell 1), mens innen ortopedi planlegges overført over 300 pasienter for operasjon, både dag- og døgnkirurgisk, utover det volumet som allerede i dag overføres til SSF (modell 2).

Avtalen med Stavanger Universitetssykehus HF om ortopediske operasjoner ved SSF (fra 2019) fases ut fra nyttår, noe som øker kapasiteten for Agderpasienter ved SSF, parallelt med økt overføring av pasienter fra SSK. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av operasjonskapasiteten, reduserte ventelister og på sikt reduserte gjestepasientkostnader / kjøp hos private aktører.

Enhet for Medisinsk biokjemi og blodbank SSF, Radiologisk enhet SSF, pleieressurser på sengepost SSF og poliklinikk SSF har kapasitet til å håndtere den økte aktiviteten

med nåværende ressurser, mens SSK må styrkes med 1 ortoped og 0,5 operasjonsplanlegger.

Økonomien i et spesialisert senter for elektiv kirurgi ved SSF vil i stor grad avhenge av omfanget av fast ansatte ved SSF, rotasjon for ortopeder mellom SSK og SSF, og reduksjon i vikarbyrå-innleie. Dette kan gi merkostnader for SSHF i området 0-5 mill.kr. avhengig av bruk av vikarbyrå-innleie og/eller rotasjonsløsninger

Det planlegges foreløpig ikke for rotasjon for andre yrkesgrupper enn ortopeder. Det primære er å arbeide for fast ansatte spesialsykepleiere ved SSF. Hverken SSA eller SSK har per dags dato kapasitet til å tilrettelegge for rotasjon av spesialsykepleiere. En videre opptrapping av aktivitet utover det nivået som foreslås i rapporten, kan gi økonomiske merutfordringer dersom dette løses med økt rotasjon og/eller innleie av leger og spesialsykepleiere.

Det er identifisert sårbarhetsområder og gjennomført ROS analyser i både del 1 og del 2 av arbeidet. I del 2 har arbeidsgruppen gjennomført en ROS-analyse med 9 sårbarhetsområder og mange forslag til risikoreduserende tiltak.

Arbeidsgruppen anbefaler at modellen gjennomføres dersom man ikke kan gjenåpne akuttkirurgi og traumemottak ved SSF, og at det frem mot 01.04.24 arbeides videre med sju sentrale områder:

1. Rekruttering – rekruttering av overleger og spesialsykepleiere har vært en utfordring i flere år og arbeidet med å rekruttere overleger, spesialsykepleiere og samarbeid mellom klinikkene må videreføres.
2. Arbeidsmiljø – knyttet til ulike lønnsbetingelser for overleger ved SSK og SSF. Det er etablert en felles arbeidsgruppe sammensatt av arbeidsgiver og Dnlf som jobber med å identifisere tiltak for å rekruttere og beholde overleger ved SSHF, og spørsmål om ulike lønnsbetingelser vil bli diskutert i denne gruppa.
3. 6-delt anestesi-vakt – det bør vurderes å etablere en 6-delt vaktordning for anestesileger for å sikre rekruttering og beredskap på medisin og gynekologi, og at anestesileger med tilknytning til SSF deltar i intensivtransportordningen i kombinasjon med arbeid i SSF. Dette vil styrke SSFs akutfunksjoner.
4. Felles henvisning – det er utfordringer knyttet til dette i dagens lovverk og det er behov for å jobbe videre med muligheten for felles henvisning til operasjoner.
5. Kommunikasjon – videre fokus på implementering av kommunikasjonsplan (se delkapittel 6.6).
6. Aktivitet og økonomi - tilpasse aktivitet til bemanning og redusere innleie.
7. Prioritert aksjonsliste for tiltakene foreslått i ROS-analysen (inkludert innspill til risikoområder vurdert som gule eller grønne).

Parallelt med denne utredningen ble det på grunn av ett års svangerskapspermisjon for leder for avdeling for kirurgiske fag ved SSF utarbeidet en midlertidig organisering og lederstruktur. Avdelingssjefene i SSK innen AIO, Kvinneklubben og Ortopedisk avdeling har tatt et utvidet ansvar for overlegene innen ortopedi og gynekologi samt LIS3 gynekologi ved SSF. Den midlertidige organiseringen har en varighet fra oktober/november 2023 til ut desember 2024.

2. Bakgrunn, premisser og organisering

2.1 Bakgrunn

Klinikk somatikk Flekkefjord har hatt vedvarende utfordringer med rekruttering av både faste generellkirurger, samt vikarer til å dekke tjenestene innen generell kirurgi ([sak 013-2017](#) Akuttfunksjoner i Flekkefjord).

SSHF har siden september 2022 sett det nødvendig å midlertidig stenge akuttkirurgi og traumemottak ved SSF, og administrerende direktør anbefalte at midlertidig driftsmodell ble forlenget til 01.04.24.

Styret i SSHF vedtok 27.04.23 ([sak 031-2023](#)) følgende:

1. *Styret erkjenner at de vedvarende rekrutteringsutfordringene ved SSF ikke gjør det mulig å gjenåpne traume- og akuttkirurgi i somatikk Flekkefjord 01.09.2023 som planlagt, og midlertidig driftsmodell forlenges til 01.04.24.*
2. *Styret ber administrerende direktør jobbe videre med rekruttering og nettverkssamarbeid slik det er beskrevet i saksfremlegget.*
3. *Styret ber administrerende direktør om å jobbe videre med å utrede et senter innen elektiv kirurgi ved klinikk for somatikk SSF.*
4. *Styret ber om å få til behandling en beslutningssak senest i styrets desembermøte om fremtidig modell for generell kirurgi ved SSF.*

På denne bakgrunn nedsatte administrerende direktør en arbeidsgruppe for å utrede punkt 3 i vedtaket i SSHFs styre 27.04.23. Denne rapporten svarer ut bestillingen fra administrerende direktør.

2.2 Historikk

Styret i Sørlandet sykehus vedtok 05.02.15 (sak 002-2015) at “styret vil videreutvikle en driftsmodell for SSHF med tre sykehus i helseforetaket og med hovedsykehus i Kristiansand”. Ihht. Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) er begrepet hovedsykehus tatt bort, og erstattet med at SSHF skal ha to store akuttsykehus i Kristiansand og Arendal, og et akuttsykehus i Flekkefjord.

I foretaksmøte 03.05.17 ble det vedtatt at “utviklingsplanen i Sørlandet sykehus skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres”.

Det ble utarbeidet en plan med kortsiktige og langsiktige tiltak for oppfølging av foretaksprotokollen, for bl.a. å sikre kvaliteten i tilbudet til gastrokirurgiske og ortopediske pasienter. Det var nødvendig å etablere et systematisk faglig samarbeid da SSF hadde hatt en felles vaktordning for ortopedi/generell kirurgi.

Det ble etablert to arbeidsgrupper (ortopedi og gastrokirurgi) som la frem sin anbefaling for styret i SSHF 19.10.2017. Arbeidsgruppen for ortopedi anbefalte en kombinert vaktordning med egne og ambulerende ortopeder fra andre sykehus. For gastrokirurgi var anbefalingen primært egne generelle kirurger eller andre grenspesialiteter, med en klar rollefordeling ift. SSK.

Vaktordningen ble delt i to i 2018 og fra begynnelsen av 2019 ble den anbefalte modellen for ortopedi innført. Modellen har fungert bra og det faglige samarbeidet mellom SSF og SSK har utviklet seg positivt. Den anbefalte modellen for generell kirurgi ble videreført frem til september 2022. Fra september 2022 har SSF hatt midlertidig strengt akuttkirurgi og traumemottak, og det er vedtatt en midlertidig driftsmodell frem til 01.04.2024.

2.3 Målbilde

Målet med opprettelse av et spesialisert senter for elektiv kirurgi ved SSF er å opprettholde sentrale funksjoner og fagmiljø ved SSF, samt å bedre utnytte den totale operasjonskapasiteten i SSHF og redusere ventelister, med utgangspunkt i den kirurgiske kapasiteten ved SSF relatert til eksisterende beredskapsordninger.

Utnyttelse av total operasjonskapasitet

SSF er i dag bemannet til om lag to operasjonsstuer hver ukedag, som ved å bli tatt i bruk kan bidra til å redusere de elektive køene ved SSK. Ledig kapasitet i stuen har økt som følge av midlertidig stengning av akuttkirurgi og traumemottak ved SSF (fra mai 2022), samt reduksjon i tilstedeværelse fra SUS ortopeder ved SSF.

Pasientene i hele Agder¹ skal ha et mest mulig likeverdig og sikkert tilbud. Derfor flyttes mer av den komplekse øyeblikkelig hjelps-ortopedien fra SSF til SSK - med bakgrunn i behovet for spesialiserte ortopeder og ofte behov for to ortopeder i samoperasjon. Reduksjon i ø-hjelp frigir også noe kapasitet ved SSF til mer elektiv virksomhet. Ved å utnytte mulighetene for å øke den elektive aktiviteten opprettholdes kompetanse til eks. luftveishåndtering, og både den elektive aktiviteten på dagtid og opprettholdelse av relevant kompetanse er medvirkende til å sikre et robust anestesiberedskap på SSF.

Operasjonskapasiteten ved SSK har i dag en høy utnyttelsesgrad som på dagtid ikke muliggjør å øke elektiv ortopedi. Volumet av ø-hjelpsoperasjoner ved SSK har de siste årene økt både innen kirurgi og ortopedi. Dette skyldes blant annet at en større del av Listers befolkning nå får et tilbud ved SSK. Tiltagende grenspesialisering i kirurgiske fag, endrer også kompetansekravene til teamet av operatører. Som følge av den demografiske utviklingen forventes det en videre økning i dette pasientvolumet.

Stavanger universitetssykehus (SUS) har i de siste årene benyttet noe av kapasiteten ved SSF til å behandle både Rogalands- og Agderpasienter. Dette har vært en god ordning, men gitt SSHF samlede behov er det ønskelig at denne kapasiteten fremover benyttes for Agderpasientene.

Redusere ventelister

Innen elektiv ortopedi har SSHF samlet sett lange ventelister, både til poliklinikk og operasjoner. Både volum og ventetid økte under pandemien i 2020-2021. Ved SSK er det om lag 880 ventende til operasjon og ventetiden er i gjennomsnitt om lag 44 uker. Det er nødvendig med tiltak i driften for å redusere dette fremover.

¹ Sykehuset i Flekkefjord er også lokalsykehus for to kommuner i Rogaland (Lund og Sokndal)

Også innen gynekologi er det om lag 200 ventende for enkelte dagkirurgiske pasientgrupper, som med fordel kan reduseres ved økt bruk av SSF ressurser.

2.4 Mandat og premisser

Etter styrets vedtak om å fremskynde en utredning for spesialisert senter for elektiv kirurgi ved SSF, vedtok administrerende direktør 30.05.23 et mandat for utredning av dette (vedlegg 1 – *Mandat for utredning av «Modell for elektiv kirurgi SSF»*).

Utredningen skulle utarbeide og anbefale en modell for fremtidig organisering av elektiv kirurgi ved Sørlandet sykehus Flekkefjord.

Hensikt

- Sikre Listers befolkning akutte og elektive kirurgiske tjenester.
- Sikre faglig robust modell som er rekrutteringsfremmende.
- Sikre anestesiberedskap ved SSF som har stor betydning for fødetilbudet og tilbudet til medisinske pasienter.
- Sikre utnyttelse av operasjonskapasitet og samlet ressursutnyttelse for SSHF.

Premisser

- Modellen skal sikre god kvalitet, pasientsikkerhet og faglig robusthet.
- Modellen må bidra til å rekruttere og beholde legespesialister i hele SSHF.
- Det må gjennomføres en risikovurdering av alternativ modell.
- Mandatet må beskrive sammenheng opp mot utredning 2024 spesialiserte sentre.
- Med kirurgisk virksomhet menes generell kirurgi, ortopedi, gynekologi og tilhørende fag som anesthesiologi.

Modellen skal beskrive

- Fordeler og ulemper med modellen og gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av anbefalt modell.
- Konsekvenser for:
 - Pasientflyt, pasienttransport/logistikk for diagnostikk og servicetjenester
 - Organisering og ledelse
 - Kompetanse/utdanning i SSHF
 - Rekruttere og beholde medarbeidere
 - Konsekvenser for utdanningsløp (LIS, praksisstudier)
 - Konsekvenser for andre fagområder
 - Konsekvenser for andre profesjoner
 - Samarbeid og nettverk internt og eksternt
 - Kapasitet hos avgivende og mottakende avdelinger (sengeposter, akuttmottak, intensivenheter, operasjonsenheter og helsepersonell)
 - Bemanningsbehov og arbeidstid (inkl. ambulerende, vaktordninger)
 - Aktivitet og økonomi
 - Konsekvenser for aktivitet ved de andre klinikkene

Anbefalingen skal ta hensyn til helheten av kirurgisk virksomhet i SSHF, og enten beskrive en hensiktsmessig organisering eller gi en anbefaling til videre oppfølgingsområder.

2.5 Prosess

Arbeidet er gjennomført i to deler.

Den første delen ble ledet av fagdirektør og det ble gjennomført tre møter. En gruppe ble sammensatt av representanter fra alle de tre somatiske klinikkene, fra stabssavdelinger og fra Klinikk for prehospitale tjenester. Her ble pasientvolum/-kategorier definert, dagens kirurgiske aktivitet ved SSA, SSF og SSK beskrevet, og det ble utarbeidet tre modeller for det videre arbeidet. Det ble gjennomført en enkel ROS-analyse av de tre modellene og arbeidsgruppen foretok en oppsummering av den enkelte modell. Gruppens arbeid ble lagt frem for foretaksledelsen 27.06.23.

Den andre delen bygger på *del en*, og har pågått i perioden august-november 2023. Her er de ulike modellene vurdert og beskrevet innen det enkelte fagfelt. I denne delen av arbeidet ble det nedsatt en bredt sammensatt gruppe fra både SSA, SSF, SSK, MSK og stabspersonell bestående av fagfolk, ledere, bruker, tillitsvalgte og verneombud. Arbeidsgruppen har blitt ledet av organisasjonsdirektør. Gruppen ble utvidet underveis i arbeidet og klinikkdirektørene ved SSF og SSK har deltatt som observatører.

Navn	Funksjon	Deltakelse i møter										
		Del 1			Del 2							
		02.06.	09.06.	16.06.	23.08.	13.09.	25.09.	13.10.	30.10.	17.11.	01.12.	
Karina H. Tjørve	Avd. sjef Kir SSF (permisjon fra 01.10.23)	X	X	X	X	X						
Kristin Engenes Knudsen**	Avd. sjef pleie Kir (fra 01.10.23)								X	X	X	
Britt E. Garwood	Anestesilege SSF	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Nina Føreland	Organisasjonsdirektør				X	X	X	X	X	X	X	
Jens Pallenschat	Medisinskfaglig rådgiver SSF	X	X	X	X	X		X	X	X		
Erik M. Pettersen	Medisinskfaglig rådgiver SSK	X	X	X								
Per Stordrange	Leder av Brukerutvalget				X			X				
Randi Andersen	Avd. sjef KK SSK	X		X	X	X		X		X		
Paula D. Axelsen	Avd. sjef Kir SSK	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Øystein Berg	Avd. sjef Ort SSK		X	X	X	X		X				
Jan Haukvik	Avd. sjef Kir SSA	X	X	X	X	X		X	X			
Janne Jettestad	Fung. Avd. sjef AIO SSA	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Cecilie L. Gundersen	Foretakstillitsvalgt Dnlf	X	X		X		X		X			
Anette Vestøl Lind	Foretakstillitsvalgt NSF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Mikkel P. Heiberg	Prosjektleder, Fag	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Susanne Hernes	Prosjektleder, Fag	X		X								
Dan Erik Ø. Olsen	Hovedverneombud				X	X	X	X	X	X	X	
Per B. Qvarnstrøm	Prosjektleder, spesialiserte sentre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Jan Øyvind Karlsen	Controller SSK				X	X	X			X		
Vivian Holm-Hansen	Controller SSF		X		X		X	X			X	
Solfrid Hamre	Enhetsleder radiologisk SSF				X	X	X	X	X	X	X	
Siri Cathrine Rølland	Enhetsleder med biokj og blodbank SSF				X		X	X	X		X	
Hermund Alne	Sykehusapoteket				X				X	X	X	
Nina Hope Iversen**	Klinikkdirektør SSF					X	X	X	X	X	X	
Grete Kruger Erdvik	Avd. sjef AIO SSK					X	X	X	X	X	X	
Tone Kristin Hansen**	Klinikkdirektør SSF					X	X				X	
Anna Reisvaag Lindland	Rådgiver organisasjonsavd.								X	X	X	
Håkon Bjørstrøm***	Klinikkstillitsvalgt Dnlf								X			
Ann Kristin Sørhus**	Rådgiver adm. felles SSF								X	X		
Johanne Tunaal-Larsen**	Rådgiver kommunikasjon									X		
Kristin T. Landås	Økonomisjef, økonomistab	X		X					X	X	X	

* Avdelingssjef fra 01.10.23

** Observatør

*** Ikke medlem av arbeidsgruppen, deltok på ROS-analyse

Arbeidsgruppen har vært samlet om vurderingene. Det er utarbeidet et forslag til trinnvis oppbygging av det spesialiserte senteret for elektiv kirurgi, i takt med tilgangen på kvalifisert personell. Det er diskutert tiltak for å sikre at kompetansen blir opprettholdt og gruppen har vurdert ulike modeller for å sikre rekruttering og for å

beholde anestesileger som er viktig for både medisinsk avdeling og fødeavdelingen. Det er utarbeidet aktivitet og økonomisk beregningsgrunnlag og kommunikasjonsplan.

Det er gjennomført tiltalt 10 digitale møter. Arbeidsgruppens vurdering er digitale møter har fungert godt og at prosessen har vært åpen og transparent.

Gruppen har gjennomført en ROS-analyse med ni sårbarhetsområder og det er beskrevet risikoreduserende tiltak for disse (kapittel 7). Ved gjennomføring av ROS-analysen ble gruppen utvidet med ytterligere en klinikktiltitsvalgt og en representant fra PTSS. Planlegging og gjennomføring av analysen ble ledet av rådgiver i organisasjonsavdelingen.

Det er gjort avgrensinger i arbeidet som er begrunnet i rapporten.

Det har vært stor grad av forståelse i gruppen for at det er en krevende situasjon for medarbeiderne ved SSF og deltakerne har søkt å finne løsninger som skal være bærekraftige. Det har vært enighet i gruppen om å velge løsninger som er forutsigbare, gjennomførbare og forebygger usikkerhet hos ansatte og befolkningen.

Administrerende direktør har holdt styret og tillitsvalgte løpende orientert om arbeidet. Leder av arbeidet har informert om status i foretaksledelsen, i styret ved SSHF, til tillitsvalgte, i brukerutvalget, i ett overlegemøte i SSF og i ett allmøte i SSF. Administrerende direktør har deltatt på ulike møter i SSF, bl.a. med tillitsvalgte, overleger, allmøter og enhetsledere der dette arbeidet sammen med andre temaer har vært på agendaen. Det er et har betydelig engasjement i befolkningen og administrerende direktør samt leder av utredningen har deltatt på eksterne møter samt skrevet kronikker og svart ut leserinnlegg.

2.6 Avgrensninger

Det er gjort en gjennomgang av aktivitet og bemanning ved alle de tre somatiske lokalisasjonene. Med bakgrunn i dette samt kunnskap om rekrutteringsutfordringer, vaktbelastning, allerede etablerte rotasjoner mellom lokalisasjonene, ventelister og behov for dyrt spesialutstyr, samt eksisterende kompetanser ved SSF og de øvrige lokalisasjonene, er det ut fra en helhetlig vurdering gjort en avgrensing av fagområder det anses mulig å flytte pasientvolum til SSF. Bakgrunnen for dette er beskrevet i kapitlene under.

Akutte funksjoner i Klinikk for somatikk Flekkefjord

Med kirurgisk virksomhet menes generell kirurgi, ortopedi, gynekologi og tilhørende fag som anesthesiologi. I arbeidet har arbeidsgruppen lagt til grunn videreføring av akuttfunksjoner i medisin, føde/gynekologi, ortopedi og anesthesi. Gruppen har hatt betydelig fokus på å sikre anestesiberedskap ved SSF som har stor betydning for fødetilbudet og tilbudet til medisinske pasienter.

Spesielt om ØNH og øye

Det er i denne omgang ikke vurdert å flytte pasienter innen Øye eller ØNH fra SSA/SSK til SSF. Dette med bakgrunn i legesituasjon/rekrutteringsutfordringer innen disse fagene, manglende tilstedeværende av kompetanse ved SSF p.t., og at det er behov for spesialutstyr for denne operasjonsvirksomheten. Den nåværende hørselssentralen ved SSF forutsettes videreført i nært samarbeid med ØNH-avdelingen ved SSK.

3. Dagens kirurgiske aktivitet ved SSF

3.1 Organisering og ledelse

SSHF er organisert i seks klinikker og sentrale staber. Klinik for somatikk Flekkefjord er en av de tre somatiske klinikkene og har stedlig klinikkdirektør. Avdeling for kirurgiske fag er en bredt sammensatt avdeling og består av fagområdene generell kirurgi, ortopedi, gynekologi/føde, anestesi, operasjon og intensiv/intermediær, kirurgisk sengepost og poliklinikk. Avdelingen har seksjonsoverleger for ortopedi, anestesi og gynekologi og enhetsledere for sengepost og poliklinikk-, intensiv-, anestesi-, operasjon- og føde og barsel enhetene.

Klinikken består av ca. 280 årsverk og ca. 390 medarbeidere. I tillegg arbeider det personell innen laboratoriefag, radiologi, varelogistikk, internservice og tekniske tjenester ved SSF. Disse er organisert i andre klinikker/enheter.

Avdeling for kirurgiske fag har 144 budsjetterte og 126 fast ansatte årsverk fordelt på om lag 220 medarbeidere. I tillegg har avdelingen innleie fra vikarbyrå nær 8 årsverk for å sikre beredskap og akuttfunksjoner grunnet rekrutteringsutfordringer for leger innen kirurgiske fag, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere. Det er klare føringer fra HSØ til alle helseforetakene om å iverksette tiltak for å redusere/avvikle innleie fra byrå.

Avdelingen har 4-delt vaktordning for anestesi og gynekologi og en 5-6 delt vakt for ortopedi. I sum har avdelingen et budsjett på 27 legeårsverk fordelt på 22 leger, inkludert 6 LIS1-stillinger og 1 LIS3-stilling innen gynekologi. Avdelingen har i flere år hatt et godt samarbeid med SSK og har siden 2019 hatt ortopeder som ambulerer til SSF som også deltar i vaktordningen. LIS1 vaktordningen for SSF er felles for avdeling for kirurgiske fag og medisinsk avdeling.

Avdelingen har også hatt et strukturert og godt fungerende samarbeid med SUS i flere år. To ortopeder fra SUS har utført proteseoperasjoner på Rogalandspasienter samt noen Agderpasienter ved SSF. Disse har tilstedeværelse mandag-torsdag ved SSF i utvalgte uker av året. Tilstedeværelsen har variert mellom hver andre til hver fjerde uke, med unntak av ferieperiodene. Ortopedene ved SSF har også hospitert noe ved SUS i samme periode.

3.2 Midlertidig stenging av akuttkirurgi og arbeid med gjenåpning

SSHF har hatt betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde generellkirurger, og akuttkirurgi og traumemottak i SSF har vært midlertidig stengt siden september 2022.

Den 27.04.23 erkjente styret ([sak 031-2023](#), punkt 1) at “*de vedvarende rekrutteringsutfordringene ved SSF ikke gjør det mulig å gjenåpne traume og akuttkirurgi i somatikk Flekkefjord 01.09.2023 som planlagt og midlertidig driftsmodell forlenges til 01.04.2024*”.

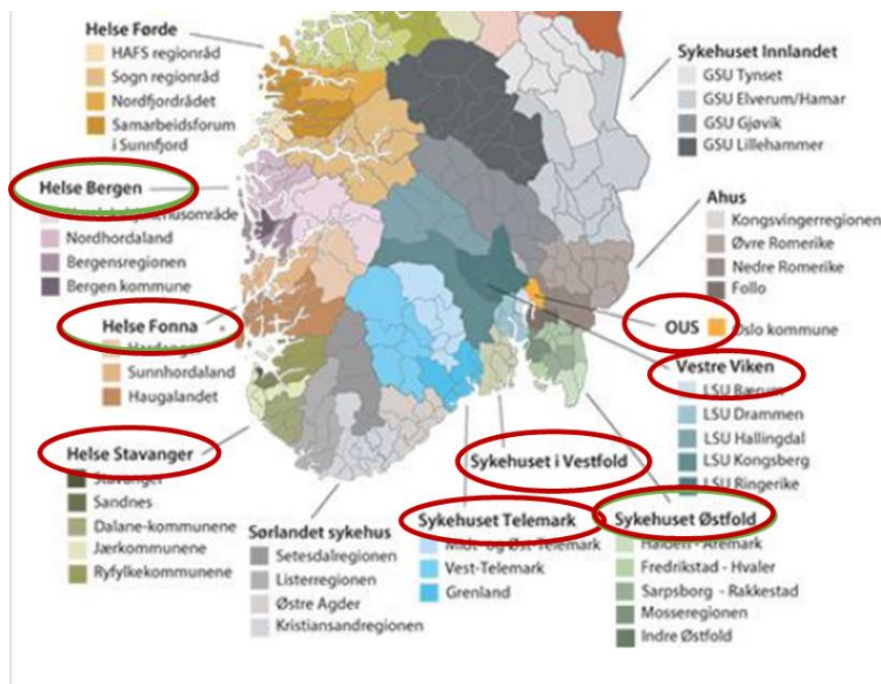
Styret bad administrerende direktør jobbe videre med rekruttering og nettverksmodeller.

Det har vært arbeidet med sykehus i nettverk siden 2019, da administrerende direktør sammen med andre representanter fra foretaksledelsen var på studietur i Sveits for å observere *Hub and spoke-modellen* som ble prøvd ut for to sykehus i Zurich. Nettverksmodeller beskrives i flere NOUer. Det er modeller som har til hensikt å utnytte foretakenes kompetanse, egenskaper og styrker for å skape en helhet og sikre et kvalitetsmessig geografisk likeverdig tilbud for innbyggerne uansett bosted.

Internt har organiseringen av ortopedi i SSHF hatt elementer av denne modellen.

Basert på en strategisk beskrivelse av mulig nettverksmodell mellom SSHF og andre foretak, har administrerende direktør og klinikkdirektør for SSF invitert alle helseforetak i Helse Sør-Øst og de nærmeste helseforetak i Helse Vest (totalt åtte foretak, se figur under) til møter for å invitere til et forpliktende nettverkssamarbeid. På tross av gode møter med alle åtte foretakene, har det dessverre ikke lyktes SSHF å inngå forpliktende samarbeid.

Administrerende direktør orienterte styret i oktober at arbeidet ikke hadde ført frem og at hun avsluttet dette arbeidet.



Figur 1 Gjennomførte møter om forpliktende nettverkssamarbeid med andre foretak

Det har vært jobbet med utlysninger i Norge og internasjonalt samt deltakelse på internasjonale rekrutteringsmesser. Alle søkere til stillinger er fulgt opp uten at man har lyktes med å tilsette noen, jfr. [styresak 031-2023](#) punkt 2.1.2.

Kvalifikasjonskravene siste par årene har variert mellom å søke etter generelle kirurger og/eller gastrokirurger. Ved siste utlysning søkte SSF etter generelle kirurger.

Norge innførte ny spesialistutdanning 01.03.19. LIS som hadde mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen 01.03.19 kunne søke om godkjenning etter gammel ordning. Øvrige LIS må følge ny spesialiststruktur. Alle overleger som er utdannet etter gammel spesialistordning er utdannet generelle kirurger.

3.3 Aktivitet, ventetid og fristbrudd

Avdeling for kirurgiske fag SSF har hatt redusert aktivitet som følge av stengning av generellkirurgi, men økt aktivitet innen ortopedi, tannbehandling og hørselssentral har bidratt til en økning i samlet pasientvolum.

Sum aktivitet kirurgisk avdeling SSF								
	2023	2023					Prog.2023 vs	Prog.2023 vs
	Budsjett	Prognose	2022	2021	2020	2019	2019	budsjett 2023
sum døgnpasienter	2755	1860	1748	1841	1797	1916	-3 %	68 %
sum dagpasienter	1334	1070	968	997	954	1152	-7 %	80 %
sum poliklinikk	13776	12560	13174	11993	11553	11080	13 %	91 %
SUM PASIENTMØTER	17865	15490	15890	14831	14304	14148	9 %	87 %
sum operasjoner øhjelp	256	255	327	435	423	450	-43 %	100 %
sum operasjoner elektivt	1720	1310	1266	1236	1137	1383	-5 %	76 %
Sum alle operasjoner	1976	1565	1593	1671	1560	1833	-15 %	79 %

Figur 2 Aktivitet avdeling for kirurgiske fag SSF (2019-2023)

Ortopedi SSF

Ortopedisk avdeling ved SSF har hatt en vekst fra 2019 på 24% i antall pasientmøter og 56% i elektive operasjoner. Rotasjon fra SSK og avtalen med SUS-ortopeder har bidratt til dette. SUS-avtalen utgjør i 2023 om lag 235 operasjoner ved SSF.

Tabell under viser utviklingen fra 2019 tom 2022, samt budsjett og prognose for 2023.

Ortopedi								
	2023	2023					Prog.2023 vs	Prog.2023 vs
	Budsjett	Prognose	2022	2021	2020	2019	2019	budsjett 2023
Døgnpasienter	1176	940	1016	853	727	776	21 %	-20 %
Dagpasienter	567	520	390	375	400	408	27 %	-8 %
Poliklinikk	5375	5900	5718	5085	4691	4743	24 %	10 %
Sum pasientmøter	7118	7360	7124	6313	5818	5927	24 %	3 %
Operasjoner øhjelp	150	140	181	215	221	220	-36 %	-7 %
Operasjoner elektivt	1020	910	773	658	582	585	56 %	-11 %

Figur 3 Aktivitet ortopedisk seksjon SSF (2019-2023)

Den samlede ortopediske operasjonsaktiviteten i SSHF for perioden 2019 tom 2022, samt budsjett og prognose for 2023, er vist i tabellen under:

Ortopedi SSHF samlet									
Antall operasjoner		2023	2023	2022	2021	2020	2019	Prog.2023 vs	Prog.2023 vs
		Budsjett	Prognose					2019	budsjett 2023
Arendal	Elektivt	1713	1200	1188	1441	1243	1328	-10 %	-30 %
	Ø hjelp	1100	1100	1111	1075	913	877	25 %	0 %
Flekkefjord	Elektivt	1020	910	773	658	582	585	56 %	-11 %
	Ø hjelp	150	140	181	215	221	220	-36 %	-7 %
Kristiansand	Elektivt	1609	900	783	951	878	1047	-14 %	-44 %
	Ø hjelp	1175	1700	1628	1539	1487	1439	18 %	45 %
SUM SSHF	Elektivt	4342	3010	2744	3050	2703	2960	2 %	-31 %
	Ø hjelp	2425	2940	2920	2829	2621	2536	16 %	21 %
TOTAL		6767	5950	5664	5879	5324	5496	8 %	-12 %

Figur 4 Samlet ortopedisk operasjonsaktivitet SSHF (2019-2023)

Gynekologi SSF

Gynekologisk seksjon med fødeavdelingen har i perioden 2019 til 2023 sett en moderat vekst, samt en dreining mot mer dag/poliklinikk-aktivitet.

Det har vært en reduksjon i elektive operasjoner i perioden.

Tabellen under viser utviklingen fra 2019 tom 2022, samt budsjett- og prognose for 2023.

Gynekologi inkl. føde								
	2023	2023					Prog.2023 vs	Prog.2023 vs
	Budsjett	Prognose	2022	2021	2020	2019	2019	budsjett 2023
Døgnpasienter	356	180	186	185	223	318	-43 %	-49 %
Døgnpasienter føde(mor+bar)	909	720	707	729	757	811	-11 %	-21 %
Dagpasienter	359	360	291	301	269	371	-3 %	0 %
Poliklinikk	4650	4580	4551	4143	4228	4154	10 %	-2 %
Sum pasientmøter	6274	5840	5735	5358	5477	5654	3 %	-7 %
Operasjoner øhjelp	80	85	65	62	70	95	-11 %	6 %
Operasjoner elektivt	490	300	265	305	311	413	-27 %	-39 %

Figur 5 Aktivitet gynekologisk seksjon SSF (2019-2023)

Andre kirurgiske fag

Innen andre kirurgiske fag har reduksjonen i generell kirurgi samt midlertidig stengning av akuttkirurgi og traumemottak gitt en betydelig nedgang. Samtidig har tilførsel av nye behandlinger som hørselssentral og tannbehandling bidratt positivt i perioden.

Tabellen under viser utviklingen fra 2019 tom 2022, samt budsjett og prognose for 2023.

Andre kirurgiske fag								
	2023	2023					Prog.2023 vs	Prog.2023 vs
	Budsjett	Prognose	2022	2021	2020	2019	2019	budsjett 2023
Døgnpasienter	314	20	546	803	847	822	-98 %	-94 %
Dagpasienter	408	50	229	321	285	373	-87 %	-88 %
Dagpasienter tannbehandling	125	140	58	0	0	0		12 %
Poliklinikk hørselssentral	2115	1520	1339	1155	996	0		-28 %
Poliklinikk	1511	560	1566	1610	1638	2183	-74 %	-63 %
Sum pasientmøter	4473	2290	3738	3889	3766	3378	-32 %	-49 %
Operasjoner øhjelp	26	30	81	158	132	135	-78 %	15 %
Operasjoner elektivt	210	100	228	273	244	385	-74 %	-52 %

Figur 6 Aktivitet generell kirurgi, tannbehandling og hørselssentral SSF (2019-2023)

Innen generell kirurgi har det vært 709 pasientmøter mot budsjett 1616. Av dette er 47 døgninnleggelser, 75 daginnleggelser og 586 polikliniske konsultasjoner. Av disse er 107 operert, hvorav 84 elektivt. I hovedsak har dette vært hudoperasjoner og noen brokkoperasjoner. Alle operasjoner er utført i starten av 2023 mens det var bemanning innen kirurgi til stede ved SSF.

Ventetider og fristbrudd

Ved SSF er det korte ventetider til operasjon. Ortopedisk seksjon har 79 ventende til operasjon med ventetid 4 uker. Gynekologisk seksjon har 42 ventende til operasjon,

ventetid 5 uker. Dette er langt under snittet i ventetider sammenliknet med de andre lokalisasjonene i SSHF, og lavt volum ventende pasienter vanskeliggjør god planlegging og effektiv ressursutnyttelse i operasjonssenheten. Avdeling for kirurgiske fag ved SSF har ikke fristbruddutfordringer i dag.

Ved SSK er det rundt 880 ventende til ortopedisk operasjon, og ventetider rundt 44 uker. Gynekologi har 200 ventende til operasjon, i all hovedsak dagkirurgiske inngrep, med ventetid 14 uker i gjennomsnitt.

3.4 Operasjonsstuekapasitet

Operasjonsstuekapasitet er definert som antall operasjonsstuedager med operasjonsteam (anestesilege, anestesisykepleier og operasjonssykepleiere) tilgjengelige for operatører fra ulike kirurgiske fag.

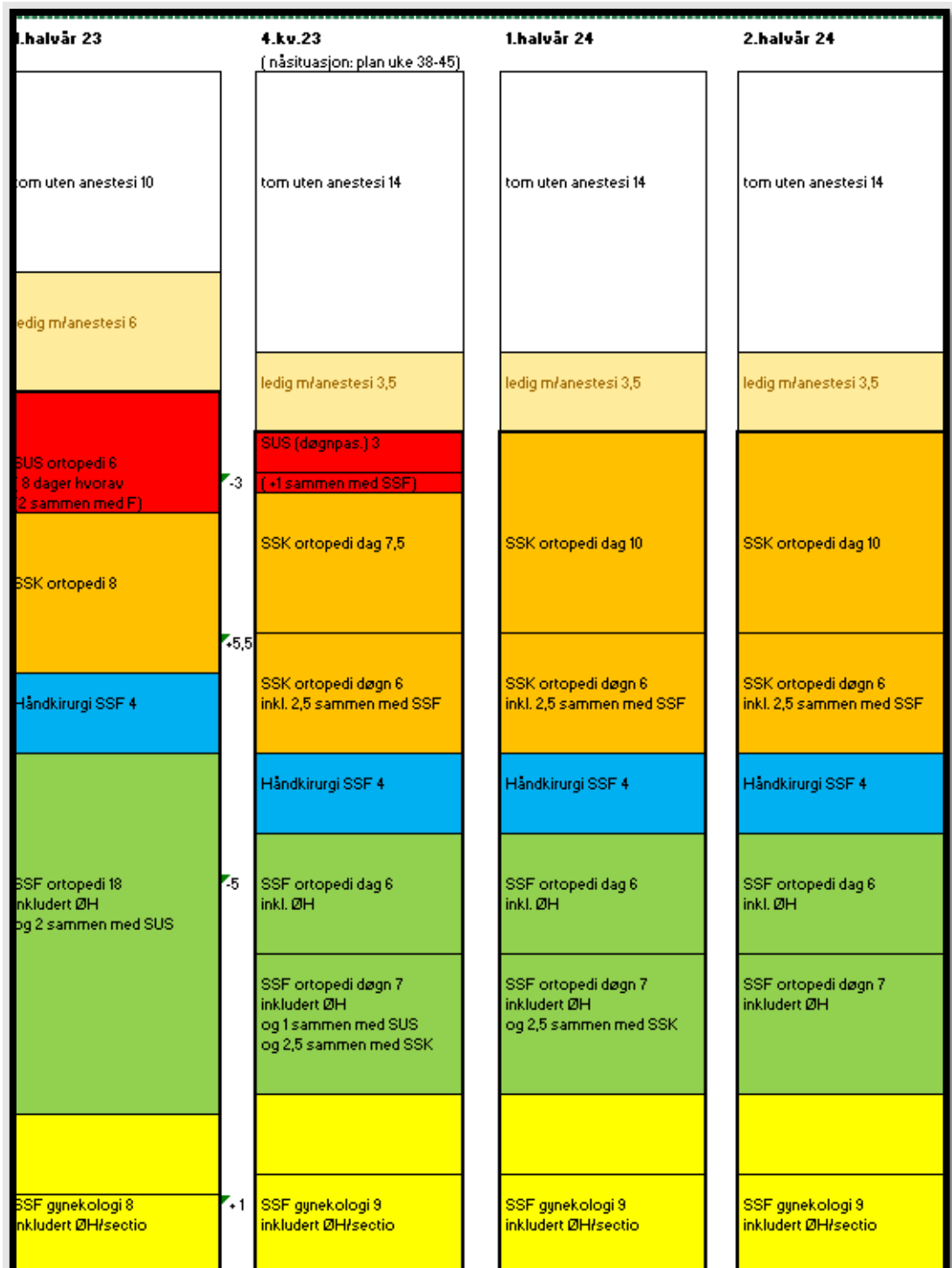
Det fysiske antall stuer ved SSF er fem. En stue er alltid i beredskap for akutt keisersnitt og en stue benyttes til tannbehandling og enkel håndkirurgi. Det betyr at det er tre stuer som kan belegges med planlagt aktivitet inkludert ø-hjelp. Dagens bemanning tilsier en drift med i overkant av to operasjonsstuer pr ukedag, samt tannbehandling i narkose to dager pr. uke.

Normalaktivitet høsten 2023/ våren 2024					
Stue	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
1 LAF ventilasjon	ort	ort	ort	ort	ort
2 LAF ventilasjon	ort* / ?		ort	ort	ort
3		gyn		gyn	
4	gyn beredskap (sectio)				
5 uten håndvask	tann	hånd** / ?	tann		
* ortopedistue bemannet gjennomsnittlig annenhver mandag ** håndkirurgi utføres gjennomsnittlig annenhver tirsdag - lokalanestesi tannbehandling utføres uten operasjonssykepleier anestesi deltar ved gastrokopier omtrent en dag pr. mnd					

Figur 7 Normalaktivitet per stue per dag (høst 2023/vår 2024)

Planen for høsten 2023 og videre inn i 2024 (se figur 8) gir en utnyttelse av stuekapasitet på rundt 90% i planlagt ordinær stuebruk for høsten gitt operasjonsteamkapasiteten ved SSF.

Anestesikapasitet (leger og sykepleiere) benyttes i tillegg til tannbehandling to ganger pr. uke.



Figur 8 Plan for stuedager pr halvår pr fagområde (inkl. ledige stuedager i hvitt)

Det benyttes innleie av anestesi- og operasjonssykepleiere samt anestesileger for å bemanne til nåværende drift. Det er i gjennomsnitt 3,5 operasjonsstuer pr. uke som er ubenyttet pga. mangel på personell, samt nær 1 i uken ledig med personell.

Den fysiske stueutnyttelsen målt i mulige stuer tildelt i operasjonsplan pr. fagområde er vel 70 % i SSF, SSA rundt 80% og SSK rundt 85%. Faktisk stueutnyttelse (tid med

pasient i stue) er en alternativ indikator, hvor SSF og SSA ligger i området 45% (normalutnyttelse), mens SSK ligger over 65% hittil i år (høy utnyttelse).

Utnyttelse av operasjonsteam i forhold til når det er pasient under operasjon på stue, er også en relevant indikator. Her ligger alle lokalisasjonene i området 50-55%, men med betydelige variasjoner gjennom året. I vurdering av stuekapasitet har pasient-casemix, antall operasjoner, operasjonslengde, utnyttelse av akuttstuer og andel dagkirurgi betydning. Dette betyr at en ikke kan konkludere på hva som er god stueutnyttelse ut fra slike indikatorer alene. Indikatorene kan likevel antyde at det vil være kapasitet for noe utvidelse av aktivitet fremover, både ved SSA og SSF, under forutsetning av at det finnes tilgjengelige operasjonsteam, operatører og pasientgrunnlag.

3.5 Bemanning (spesialsykepleiere og overleger i kirurgiske fag)

Det er mangel på flere sentrale yrkesgrupper ved SSF og det pågår stor rekrutteringsinnsats. Oversikten under viser de mest kritiske yrkesgruppene i forhold til virksomheten i avdeling for kirurgiske fag SSF.

Stillings-type	Spesialitet	Antall fast ansatte årsverk (per 01.10.23)	Forventet juni 2024*
Overlege	Anestesi	3,4 av 5,9	
	Gynekologi	4,8 av 5,9 (hvorav en LIS3)	
	Ortopedi	3,7 av 5,5 + rotasjon SSK 0,5 elektiv håndkirurgi	
	Generell kirurgi	0 av 5,4	
Spesial-sykepleier	Anestesi	9,9 av 14	11,9 av 14
	Operasjon	11,75 av 17	12,7 av 17
	Intensiv	17,6 av 21,4	19,6 av 21,4
	Jordmødre	9,6 av 10,5	9,6 av 10,5

Figur 9 Status ansatte (per 01.10.23)

*Spesialsykepleiere under pågående videreutdanning som kommer tilbake i juni 24 (se kap 3.6)

For å sikre beredskapen håndteres ledige stillinger ved innleie og bruk av overtid.

Den etablerte rotasjonsordningen innen ortopedi fra SSK til SSF utgjør i dag om lag 1,5 årsverk ortoped, og er planlagt økt gradvis gjennom høsten til 2,5 årsverk. En slik rotasjon gir en merkostnad på nær 3 mill.kr pr ortopedårsverk pr. år sammenliknet med ordinær lønn ved ansettelse ved SSF.

En eventuell rotasjon av spesialsykepleiere for å dekke opp behovene ved SSF og erstatte dagens innleiebruk (om lag 4,8 årsverk), forventes å ha en merkostnad på om lag 1 mill.kr pr årsverk utover normal lønn. Det er per i dag ikke ledige ressurser ved SSA/SSK til å inngå i en rotasjonsløsning. Det vil fortsatt måtte påregnes noe vikarbruk i ferieperiodene for å dekke vaktberedskap.

3.6 Utdanning og rekruttering av helsepersonell

Strategiplan SSHF 2021-2024 og delplan for å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde

I SSHFs strategiplan 2021-2024 er utdanne, rekruttere, utvikle og beholde helsepersonell beskrevet under kapittel 2. Det er laget en delplan hvor prioriterte grupper er sykepleiere, spesialsykepleier, overleger og psykologspesialister. Foretaksledelsen vedtar årlige prioriteringsområde. Det er 12 prioriterte områder i 2023 hvor noen av tiltakene er f.eks. identifisering av tiltak som gjør at vi beholder overlegene i SSHF, hva som skal til for at LIS2/3 skal søke seg overlegestillinger i sykehuset ved fullført spesialisert, styrking av kompetansen i akuttmottakene, beholde sykepleiere i døgnetenhetene mer enn 5 år og i større grad bruke sosiale medier som rekrutteringskanal.

Det er etablert flere arbeidsgrupper mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte som arbeider med dette. Gruppene diskuterer tiltak innenfor temaene fag (spesialisering/breddekompetanse, faglig utvikling, digitalisering), arbeidsmiljø (psykologisk trygghet, anerkjennelse, arbeidstid), ledelse og rammebetingelser (herunder lønn, fleksibilitet/samarbeid på tvers av avdelinger/klinikker, funksjoner).

Det gjøres i dag mange ikke-helsefaglige arbeidsoppgaver av helsepersonell. Klinikken i SSF er proaktiv og arbeider med å overføre oppgaver fra sykepleiere/ spesialsykepleiere til andre faggrupper for å sikre riktig bruk av kompetansen.

Utlysningspraksis SSF

Det er avdelingssjef som har ansvar for å rekruttere og beholde medarbeidere og som har fullmakt til å ansette nye medarbeidere. I forbindelse med ansettelser utarbeides det jobbanalyser og formålet for stillingen som lyses ut defineres. På bakgrunn av dette utarbeides det stillingsbeskrivelse og kvalifikasjonskrav. Alle stillinger innen kirurgi, gynekologi og anesthesiologi profileres ekstra. Det vil si at annonsen legges ut på flere plattformer i inn og utland, både digitalt og i fysisk avis og tidsskrift. SSHF har også etablert et samarbeid med Relocation Agder.

Søkeres CV, søknad og øvrig dokumentasjon gjennomgås av leder og fagpersonell som har kompetanse i det aktuelle faget. For generellkirurgi er det etablert et samarbeid med kirurgisk avdeling i Kristiansand, da det ikke er egne generellkirurger eller gastrokirurger i SSF som kan gjøre dette.

Klinikkstaben i SSF bistår med å følge opp prosessene, samt å gi tilbakemelding til alle søkere.

Rekruttering av spesialsykepleiere innen intensiv, anestesi og operasjon

Rekrutteringssituasjonen for spesialsykepleiere er utfordrende i hele SSHF. Foretaket har i dag 62 utdanningsstillinger som fordeles hvert andre år mellom de somatiske klinikkene, i tett samarbeid mellom avdelingssjefer og klinikkdirektører. Det gjøres analyser på alderssammensetting, pensjonsalder og andre forhold som krever økt andel spesialsykepleiere i forbindelse med den årlige fordelingen av disse.

Det er støttet i de andre klinikkene at SSF får tildelt de stillingene de trenger for å sikre at stillingene besettes av kompetent personell. SSHF har ikke innflytelse på opptaket til videreutdanningene som er karakterbasert.

Utdanningsstillingene for AIO er til 3 semester eller til de har gjennomført 90 studiepoeng, mens for jordmødre er det 4 semestre/mastergrad. SSHF legger til rette for at sykepleiere innen AIO kan ta masterprogrammet ved enten fleksibel arbeidsplan eller permisjon uten lønn.

SSF har i dag fem personer under utdanning spesialsykepleier (to anesthesi- og to operasjonssykepleier), og fire av disse er ferdige våren 2024. Foreløpig vurdering fra SSFs side er at det vil være behov for utdanning av 2 anesthesi- og 2 operasjonssykepleier for SSF ved neste studieopptak. Dette vil ikke i vesentlig grad øke operasjonskapasiteten utover dagens nivå, men gjøre kapasiteten mer robust i forbindelse med gruppens pensjonsalder.

Det er i tillegg utarbeidet en avtale for operasjonssykepleiere i SSA og SSK som tidvis arbeider deler av stillingen sin i Flekkefjord. Denne avtalen er pr. d.d. ikke i bruk fordi SSA og SSK har behov for ressursene selv.

LIS-utdanning

For LIS1 er det som følge av midlertidig stenging av akuttkirurgi og traumemottak lagt til rette for at LIS1 arbeider fire uker pr. år i SSK for å sikre oppfyllelse av kirurgiske læringsmål. LIS1-legene er fornøyde med dette og de oppfyller alle læringsmål.

SSF har i dag ti LIS1-stillinger som går i primærvakt i medisinsk og kirurgisk avdeling ved sykehuset. LIS1 har fire ukers rotasjon til SSK for å sikre at kirurgiske læringsmål blir oppfylt. Avdelingen har ikke LIS2/3 stillinger, med unntak av en LIS3 i gynekologi.

LIS1 ved SSF har en viktig rolle i den daglige driften av sykehuset og er en viktig rekrutteringsfaktor både til LIS2/3 stillinger på medisinsk avdeling i Flekkefjord og til fastlegestillinger i Lister-regionen.

For LIS3 gynekologi er det etablert et samarbeid med Kristiansand og dette er innarbeidet i utdanningsplanen.

Praksisstudier for bachelor- og videreutdanning

SSF tar imot sykepleiestudenter fra både desentralisert utdanning og ordinært opptak. Den distriktsvennlige sykepleierutdanningen er viktig for rekruttering av helsefaglig kompetanse ved sykehuset i Flekkefjord og for omliggende kommuner.

Som følge av midlertidig stenging av akuttkirurgi og traumemottak er tre av 11 sykepleiestudenter flyttet til Kristiansand for å sikre at sykepleierstudenter i SSF får gjennomført kirurgisk praksisstudier.

For praksis i de andre videreutdanningene er det et godt samarbeid og interne avtaler mellom de tre somatiske klinikkene. Det er definert hvilke praksisstudier som kan gjennomføres i Flekkefjord og hva som skal gjøres i Kristiansand og Arendal.

Læringer innen helsefag

SSF har to læringer innen helsefag hvorav en i medisinsk avdeling og en i avdeling for kirurgiske fag

3.7 Vaktberedskap for overleger i kirurgiske fag SSF

Vaktberedskap innen ortopedi

Dagens vaktordning er en 5-6-delt vaktordning da ortopedene i SSK tar del i vakten de ukene av året de er til stede i Flekkefjord. Ortopedene ved SSK er grenspesialiserte, noe som gjør at en andel av operasjonene overføres til SSK dersom tilstedeværende ortoped ikke er kompetent til aktuell ø-hjelps operasjon. Det stilles samme kvalitetskrav til operasjoner ved SSF som i resten av helseforetaket, noe som også innebærer at det må være to ortopeder til stede på operasjoner som krever dette.

I praksis medfører dette at kuttskader og brudd på underarm eller overarm eller udisloerte brudd i leggene kan håndteres på SSF. Traumer i hånd- og fotregion, som innebærer behov for kirurgi, bør utføres av grenspesialist, og håndtering avhenger derfor av hvor man har en grenspesialist på vakt. Hoftenære frakturer opereres nesten uten unntak, og her er det behov for to ortopeder for å kunne gjennomføre operasjonen. Denne typen skader vil derfor medføre overflytting til SSK.

Ved en styrket tilstedeværelse fremover, kombinert med at en økende del av øhjelpsoperasjonene for Listerbefolkningen gjøres ved SSK, samt rekrutteringssituasjonen ved SSF, bør ordningen gjennomgås på nytt for 2024.

Vaktberedskap innen gynekologi

Dagens 4-delte vaktberedskap innen dette fagområde er ikke vurdert i denne utredningen. Det er forventet at revidert nasjonal fødeveileder foreligger i 2024 og SSHF har igangsatt et arbeid for å revidere interne dokumenter. Det er et premiss i dette arbeidet at fødeavdelingene ved SSA og SSF, samt kvinneklinikken ved SSK består.

Vaktberedskap anestesileger

Dagens vaktordning er firedelt og dekkes av tre faste ansatte samt vikarbyrå-innleie i dag. Et eget kapittel i rapporten drøfter videre utvikling av vaktordning for anestesileger sett i sammenheng med planlagt operativ virksomhet og beredskap.

4. Midlertidig organisering av avdeling for kirurgiske fag SSF

Det er vedtatt en midlertidig organisering fra oktober 2023 til desember 2024 med bakgrunn i at avdelingssjefen har svangerskapspermisjon i denne perioden.

Etter intern utlysning med liten respons, er det gjort vurderinger i en arbeidsgruppe og administrerende direktør besluttet at avdelingen deles i en avdeling for sykepleietjenesten, mens avdelingssjefene ved AIO, kvinneklinikken og ortopedi ved SSK utvider sitt ansvarsområde til å ha ansvar for overlegene innen kirurgiske fag og LIS3 gynekologi ved SSF.

Modellen beskriver:

1. Ansvar, myndighet og organisering

2. Ledelse og samarbeid
3. Dag til dag styring/drift herunder vaktordning, uforutsett fravær
4. Faglig samarbeid mellom SSF og SSK
5. Rekruttering og beholde
6. Håndtering og uønskede hendelser, klagesaker og tilsynssaker
7. Kommunikasjon internt og eksternt
8. Økonomiske konsekvenser

Det er utarbeidet en ny rutine for Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) ved Klinikk for somatikk Flekkefjord (SSF) og Klinikk for somatikk Kristiansand (SSK) som sikrer deltakelse og saksbehandling på tvers av klinikkene (vedlegg 2 – *Lederstøtte og pasientadministrasjon Kirurgisk avdeling SSF – ortopedi, AIO og gyn*).

Funksjonsbeskrivelse for seksjonsoverlegene er oppdatert og det er utarbeidet en retningslinje for lederstøtte for avdelingssjefene ved SSK.

Midlertidig organisering legger til rette for at det blir enklere å få til et faglig samarbeid og utvikling av spesialisert senter for elektiv kirurgi pga. felles avdelingsledelse.

5. Spesialisert senter for kirurgi ved SSF - modeller

5.1 Overordnede modeller for overføring av pasienter fra SSK til SSF

Det ble i første del av prosjektet utarbeidet tre potensielle modeller for SSF. Disse er beskrevet i detalj i en egen rapport (vedlegg 3 - *Senter for elektiv kirurgi SSF Del 1*). Det ble gjennomført ROS-analyse av alle tre modellene (vedlegg 4, 5 og 6) som er hensyntatt når arbeidsgruppen har vurdert modellene i arbeidet.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av modellene samt arbeidsgruppas overordnede vurdering av modellen.

5.1.1 Modell 1 – Flytting av planlagte pasienter uten å flytte personell

Modellen er avhengig av at SSF har kompetent operatør og team til stede, og at disse har kapasitet og kunnskap til å gjennomføre de elektive operasjonene som flyttes. Dagens dekning av operatører vanskeliggjør dette innen generell kirurgi, men det er også utfordringer innenfor anesthesiologi, ortopedi, og gynekologi samt for spesialsykepleiere.

Arbeidsgruppen vurderer at Modell 1 kan være aktuell for mindre pasientvolum eller diagnosegrupper, forutsatt tilstrekkelig personell ved SSF. Foreløpig er personellsituasjonen utfordrende, noe som gjør at denne modellen er mindre aktuell for fagmiljøer som generell kirurgi og ortopedi. Fra ortopedisk og kirurgisk side mener man at denne modellen gir et for lite fagmiljø til at kvalitet kan opprettholdes. Den kan være aktuell for gynekologi, forutsatt kompetanse og stabil dekning av gynekologer ved SSF. Fra medisin SSF fremhever man at dersom man lykkes ved denne modellen vil dette kunne skape mer aktivitet og stabilitet ved SSF.

5.1.2 Modell 2 – Flytting av planlagte pasienter med hele eller deler av team

Beskrivelse

Modellen innebærer at man overflytter pasienter og hele/deler av team fra SSK eller SSA til SSF. Denne modellen benyttes av SSHF i dag allerede innenfor ortopedi fra SSK til SSF.

Arbeidsgruppen vurderer modell 2 til å være god, men ser at den optimale modellen vil være en kombinasjon av flere modeller. Dette er dog avhengig av fagfelt. Utfordringer ved modellen vil være risiko for A- og B-team innen fagområder som allerede er til stede ved SSF, og det må jobbes aktivt for å skape en samarbeidskultur. Gruppen har identifisert ett tiltak, men området scorer fremdeles til rødt. Tilstrekkelig aktivitet innenfor kirurgiske fag ved SSF vil styrke medisinsk avdelings akuttfunksjon. Ved flytting av operatører med hele eller deler av team til SSF vil det nåværende teamet ved SSF styrkes.

5.1.3 Modell 3 – Periodevis flytting av planlagte pasienter med hele eller deler av team

Modell tre innebærer flytting av variabelt elektivt volum med hele eller deler av team ut ifra hva som er behov gjennom året. Volumene må kunne flyttes med en viss planleggingshorisont, som for eksempel 6 mnd.

Arbeidsgruppen vurderer at modell 3 ikke kan bestå alene. Dels vil flytting av variabelt volum gjøre det vanskelig å sikre kontinuerlig kvalitet, og SSF vil lide under et omdømmetap i lokalbefolkningen, hvor sykehuset og dets ansatte kan risikere å bli oppfattet som et B-lag – et perspektiv som SSHF også risikerer deles av de ansatte, og som ytterligere vil vanskeliggjøre rekruttering av kjernepersonell til kirurgiske fag på SSF.

5.2 Avgrensninger av pasientgrupper innen kirurgi

Spesielt om generell kirurgi

Fra 2016 har man operert med direkte grenspesialisering i utdanningen i kirurgiske fag, hvor gastrokirurgene har blitt definert som den «bærende» spesialiteten i akuttkirurgi. For å opprettholde en akuttkirurgisk funksjon trengs det derfor som minimum vaktberedskap bestående av gastrokirurger.

Det framgår at det er rekrutteringsvansker for gastrokirurger på SSA. Siden 2019 har SSA og SSK hatt et formelt samarbeid hvor gastrokirurger ansatt på SSK har hatt operasjonsdager på SSA. Hverken SSA eller SSK har mulighet til å avse gastrokirurger til SSF uten at dette går ut over egen aktivitet og traumefunksjon.

I tillegg er det fagmiljøets vurdering at det ikke er nok gastrokirurgiske pasienter i SSHFs opptaksområde til å rettferdiggjøre en utvidelse av antall gastrokirurger med stort nok antall til også å forsyne SSF. Dette ville føre til ineffektiv drift for kirurger på dagtid og utgjøre en risiko for kompetansetap i form av for få operasjoner til at alle kan opprettholde deres kompetanser innen ulike typer inngrep. Dette vil utgjøre en risiko både for å sikre god akuttkirurgisk beredskap, men også for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen for elektive inngrep.

Som det fremgår av tabellene under er kirurgiske stillinger på SSK i dag besatt, mens det er rekrutteringsvansker til kirurgiske fag på SSA.

Fagområde - SSK	Antall normerte legestillinger	Herav besatt	Ukentlige vakttimer per ansatt	Utrykning per år / timer pr. år	Venteliste (operasjoner)
Gastrokir.	7	7	6,76	469/1050	349 dagkir +28 døgnekir
Mamma og endo-kir.	3	2	Ikke vakt		115 døgnekir.+ 25 døgnekir.
Karkir.	5	5			3 dagkir. + 15 døgnekir.
Urologi	6	5,3	6,76	235/250	287 dagkir, + 102 døgnekir

Figur 10 Besatte stillinger, utrykninger og venteliste ved kirurgisk avdeling SSK

Fagområde - SSA	Antall normerte legestillinger	Herav besatt	Ukentlige vakttimer per ansatt	Utrykning per år / timer pr. år	Venteliste (operasjoner)
Gastrokir.	6	6,7	8,26	751/1076	186 dagkir,+ 29 døgnekir
Plastikkirurgi	4	3,4			184 dagkir. +185 døgnekir.
Urologi	4	2,5	9,94	302/319	120 dagkir, + 27 døgnekir

Figur 11 Besatte stillinger, utrykninger og venteliste ved kirurgisk avdeling SSA

Tabellene illustrerer gjennomgående høyt forbruk av nødvendige vakttimer og utrykninger slik at det ikke er mulig å flytte ansatte til elektiv aktivitet andre steder.

I en totalvurdering finner en det ikke mulig å flytte bløtdelskirurgiske leger (gastrokirurger/urologer) til SSF fra SSA eller SSK.

Gjenstående fag til vurdering for spesialisert senter i kirurgiske fag ved SSF

Ortopedi og til en viss grad gynekologi har ventelister på ulike typer inngrep, slik at det er mulig både i et korte og et lengre tidsperspektiv å flytte operasjoner til SSF. Her har også SSF kompetanse i dag, og for ortopediens del roterer ortopeder til SSF for å kunne gjennomføre operasjoner der allerede. Dette uten at aktiviteten går på kompromiss med akuttberedskapen og utdanningskapasiteten på SSK. Rotasjon av ortopeder fra SSK til SSF er også viktig for å kunne opprettholde øyeblikkelig hjelp ortopedi ved SSF.

Det er fagområdene ortopedi og gynekologi det er valgt å arbeide videre med i utredningen.

6. Spesialisert senter for kirurgi ved SSF – gjennomføring

Kapittelet oppsummerer arbeidsgruppens drøftinger rundt å overføre pasienter innen gynekologi og ortopedi til SSF, samt konsekvensene av dette for berørte avdelinger, rekruttering og kompetanse, og samarbeid med andre avdelinger.

6.1 Modeller for overføring av pasientbehandling

6.1.1 Gynekologi – Modell 1

SSF har med dagens bemanning (spesialsykepleiere og operatør) kapasitet til å operere om lag 5 pasienter pr måned, som er vurdert kan overføres fra SSK.

SSK har startet med overføring av pasienter til SSF og kan videreføre denne ordningen for pasientkategoriene hysteroskopier og enkelte steriliseringer. Det er dagkirurgiske pasienter og til dels polikliniske inngrep.

Det pågår en dialog med seksjonsoverlege SSF og operasjonsplanlegger-kontoret ved SSF og SSK om pasienter som SSF med god erfaring fra i sommer har fått overført. Ved å fortsette dette samarbeidet kan man trappe opp og ta de 5 aktuelle pasienter i måneden fra SSK, dvs. 1 operasjonsstuedag pr. mnd.

6.1.2 Ortopedi – Modell 2

Ortopedisk avdeling har siden 2019 hatt ambulerende ortopedene fra SSK til SSF og SSK ønsker å gradvis bygge opp kapasiteten i SSF med elektive pasienter. SSF har hatt spesialsykepleiekapasitet til å håndtere disse pasientene.

I dag er type operasjoner i SSK fordelt som følger: 50% proteser, 25% skopier, 12,5% fot og 12,5% hånd. Økningen ved en flytting til SSF fremover vil være operasjoner innenfor disse pasientgruppene, både dagkirurgisk og døgnpasienter

Ortopedisk avdeling SSK har vurdert det slik at de kan overføre aktiviteten i SSF til å fylle en operasjonsstue 4 dager pr. uke ved SSF i. Det innebærer at det kan overføres ca. 310 flere operasjoner for Agderpasienter fordelt på følgende kategorier:

- Dagkirurgi: 80 skopier + 40 hånd + 40 fot-operasjoner
- Heldøgn - Operasjon: 75 hofteproteser + 75 kneproteser, inkludert Agderpasientvolumet på ca 60/år som SUS legene opererte.

Operasjonsstuene ved SSF er bemannet på linje med fast track-protesestuene ved SSK. Det vil kunne være utfordringer med nok kapasitet ved poliklinikken på SSK til å kunne gjennomføre forundersøkelser med anestesitilsyn (rom og kapasitet). Noe av dette kan utføres ved SSF der det ift. reisevei er fornuftig for pasientene.

I dag er det i all hovedsak primærproteser (planlagt utskiftning av store ledd, hofte og knær) som er flyttet fra SSK til SSF. Økt flytting kan medføre en ytterligere reduksjon av denne type operasjon ved SSK, som igjen har betydning for kompetanse ved primærproteser. Dette er viktig kompetanse å ha i bunn når det skal gjøres sekundær-/revisjonsproteser (som gjøres pga. slitasje, brudd). Det er faglig viktig å beholde et tilstrekkelig volum ved SSK. Når avtalen med SUS som innebærer 12 protesepasienter

pr operasjonsuke (9 Rogalands- og 3 Agderpasienter) når SUS er til stede ved SSF utgår, er det planlagt at SSK-ortopeder overtar disse stuedagene og benytter kapasiteten til Agderpasienter, både dagkirurgiske inngrep og proteser.

Økt kapasitet vil bidra til å redusere SSHFs ventelister. Nedtak av samlet venteliste må styre pasientmiksen. Den økende ø-hjelpsaktiviteten innen ortopedi ved SSK vil sannsynligvis medføre redusert elektiv virksomhet ved SSK, noe som ytterligere forsterker behovet for å bygge opp et spesialisert senter ved SSF.

6.2 Bemanning, rekruttering og utdanning

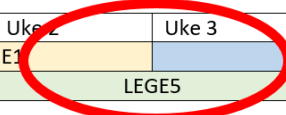
Rekruttering og utdanning er beskrevet i kapittel 3.5. I avsnittene under beskrives nye elementer etter styresaken i april.

6.2.1 Rekruttering av overleger

Generell kirurgi – Tynset-modell

Et robust fagmiljø og et godt arbeidsmiljø er viktig for leger når de velger arbeidsgiver og arbeidssted. Det er derfor sentralt at man finner løsninger som sikrer dette, enten gjennom ansettelse av generellkirurger ved SSF eller at foretaket bygger robuste fagmiljøer på tvers. Det arbeides med å rekruttere minimum to faste generellkirurger ved SSF (av fire ledige stillinger).

Det har blitt etterlyst en oppfølging av «Tynset-modellen» og hvorfor denne ikke er egnet for sykehuset i Flekkefjord. Modellen er nøye vurdert av SSHF. Det er også gjennomført møter med Tynset og ledelsen ved Sykehuset innlandet. Kravene fra Helsetilsynet, føringer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse omsorgstjenesten og SSHFs interne rotårsaksanalyse viser at denne modellen ikke kan løse SSFs behov knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet.



Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6
LEGE1	LEGE1	LEGE2	LEGE2	LEGE3	LEGE3
LEGE4	LEGE5	LEGE5	LEGE6	LEGE6	LEGE4

Figur 12 Illustrasjon av Tynset-modellen

Det er imidlertid mulig å bruke elementer av Tynset-modellen, med en ambuleringsmodell kombinert med minimum to fast ansatte kirurger som arbeider 100% i normal tjenesteplan i Flekkefjord. Det forutsetter at SSF først rekrutterer to faste kirurger før det kan inngås avtaler om ambuleringsmodell.

Når det gjelder kvalitetskrav til SSHF var tilbakemeldingen fra Statens helsetilsyn i 2021 at det er krav om overvåkning av daglige aktiviteter. Rotårsaksanalysen peker på viktigheten av daglig tilstedeværende av medisinsk faglig rådgiver. Med Tynsetmodellen vil det ikke være en medisinsk faglig ansvarlig som overvåker kontinuerlig. Medisinsk faglig rådgiver ser seg selv og to andre, men ikke de tre siste legene.

Med grunnlag i tidligere erfaringer, er det et absolutt krav at kirurgiske leger også i Flekkefjord i det daglige følges opp faglig, slik kirurger i de øvrige to sykehusene blir fulgt opp. Bare daglig tilstedeværelse av medisinsk faglig rådgiver vil gi den tilstrekkelige robusthet og trygghet for legegruppen og sikkerhet for pasientene.

Samarbeid med Flekkefjord kommune

Sørlandet sykehus Flekkefjord har et godt samarbeid med Flekkefjord kommune om rekruttering. Flekkefjord kommune ønsker å bidra med integrering i lokalsamfunnet dersom det skulle være ønskelig for den enkelte. Kommunen vil også kunne medvirke i flytteprosessen og til å skaffe bolig i en overgangsperiode, samt bistå i forhold til jobbmuligheter for eventuell ektefelle eller partner. Formannskapet vedtok 15.06.23 (vedlegg 7) hvordan de vil bidra med økonomiske virkemidler for å understøtte rekrutteringen.

SSHF videreformidler tilbudet fra Flekkefjord kommune til de aktuelle søkerne. Når det gjelder flyttekostnader har sykehuset egne ordninger for dette, og ser ikke at tilbudet om å dekke flyttekostnader vil bli aktuelt.

Samarbeid med Smaabyen Flekkefjord

Flere store bedrifter i Flekkefjord er med på prosjektet «jobbattraktivitet». Det er opprettet en jobbportal hvor søker kan finne informasjon om oppvekst, kultur, natur, arrangementer, boliger, beskrivelser av bedriftene, ledige stillinger osv. Portalen er aktiv f.o.m. august 2023.

Smaabyen bistår SSF med markedsføring av blant annet ledige stillinger (bilder, filmsnutter osv.). SSHF ved kommunikasjonsavdelingen har bistått i arbeidet med å lage film som promoterer sykehuset i Flekkefjord som arbeidsplass.

Samarbeid med Lister Næringsforening

Det er gitt en jobbgaranti fra Lister næringsforening (vedlegg 8) som 13 bedrifter stiller seg bak. Garanti på partnerjobb gjelder for partnere til leger med ønsket spesialisering innen kirurgi som er fast ansatt på Flekkefjord Sykehus.

6.2.2 Samarbeid om bemanning innad i SSHF

Det er etablert samarbeid om bemanning mellom de tre somatiske klinikkene i SSHF. Dette skjer i form av rotasjon/ambuleringsløsninger på fast frivillig basis på både lege og spesialsykepleiere, og bidrar til å løse beredskapsbehov, kapasitetsutnyttelse, utdanningenes læringsmål for LIS-leger med mer.

Det er etablert en tverrgående bemanningsenhet ved SSA og SSK for sykepleiere og helsefagarbeidere, som arbeider ved flere avdelinger/fagområder. Dette er prøvd ut ved SSF, men er avviklet.

Eksempler på samarbeid mellom lokasjoner i SSHF er ortopeder, operasjonssykepleiere, ØNH-leger og gastrokirurger innen de kirurgiske fagene. Dette gjelder også flere fagområder innen medisinske fag, for eksempel onkologi og gastromedisin.

6.2.3 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av legespesialister (LIS1 og LIS3)

Somatikk Flekkefjord har i dag en LIS3 innen gynekologi. Oppfølging av LIS3 på gynekologi skjer i samarbeid med utdanningskomité SSK og avdelingssjef SSK. Plan for deltakelse på SIM-trening og annen opplæring foreligger.

Regjeringen har i forslag til nasjonalstatsbudsjett foreslått 31 nye LIS1-stillinger. Det er usikkert om kriteriene er knyttet til 3-delt LIS1 løp og eventuelt hvor mange av disse som tildeles SSHF. Dersom SSHF får nye LIS1 så vil det gjennomføres en intern prosess på fordeling av disse.

Det overføres et betydelig antall ortopediske pasienter fra SSK til SSF. Det kan få konsekvenser for hvilke læringsmål/aktiviteter som kan oppnås for LIS3 ortopedi i Kristiansand. Det er derfor behov for å gjennomgå utdanningsplanen for LIS3 SSK og evt. gjøre justeringer i denne.

Utdanning av spesialsykepleiere innen anestesi, operasjon, intensiv og jordmødre

SSF tildeles utdanningsstillinger etter behov. Som eneste lokasjon tildeles de også utdanningsstillinger i anestesi. Både UiA og UiS er aktuelle utdanningsinstitusjoner, og USN for jordmødre. Praksisstudiene for spesialstudentene foregår i kombinasjon med SSK for å dekke alle læringsmål og krav til praksis.

I 2024 starter UiA årlig opptak (mot annet hvert år tidligere). SSHF ser da muligheten for å få større spredning på studentenes praksis, slik at vi kan ta inn flere studenter totalt sett.

SSHF har også i samarbeidsmøter med UiA luftet muligheten for videreutdanning i spesialsykepleie på deltid. Et slikt tilbud kan bidra til at flere søker spesialsykepleierutdanning i distriktene.

Utdanning av sykepleiere

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning gir muligheter til å gjennomgå praksisstudiene. SSHF kan ikke ta imot flere studenter uten at praksisstudiene endres. Det skal gjøres en felles gjennomgang og vurdering av praksisorganisering, fortrinnsvis gjennom eksisterende samarbeidsstrukturer, med henblikk på å øke antall praksisplasser i sykepleierutdanningen.

Sørlandet sykehus ser muligheter for å kunne øke antall praksisplasser dersom det gjøres endringer i studieplaner. Det kan for eksempel være å ta i bruk større deler av året, slik som man nå gjør i den desentraliserte utdanningen. Det er mulig å ta i bruk andre arenaer som kirurgiske poliklinikker og dagkirurgiske enheter i større grad enn i dag. Et eventuelt spesialisert elektivt kirurgisk senter vil være en aktuell arena for å ta imot studenter i kirurgisk praksis.

Ny modell for veiledning i praksis, såkalt tospannsmodellen, innføres nå i flere sengeposter og det vil muligens føre til noen flere praksisplasser i SSHF.

Utdanning av helsefagarbeidere

SSF planlegger med å doble antall lærlinger i helsefag fra høsten 2024, fra to til fire lærlinger.

Utdanning av leger

UiO Campus Sør åpnet høster 2023 med 10 studieplasser og vil i de nærmeste årene øke betydelig i antall studenter. Det vil foregå studentundervisning ved alle SSHFs lokasjoner.

6.3 Konsekvenser for enheter i avdeling for kirurgiske fag SSF

6.3.1 Endret bemanningsbehov og arbeidstid SSF

I dette kapitlet beskrives konsekvensene for de ulike gruppene av å innføre et spesialisert senter for elektiv kirurgi ved SSF. Det ligger til grunn videreføring av dagens akuttberedskap innen ortopedi, gynekologi/føde samt anestesi.

Overleger ortopedi

Dagens vaktordning i ortopedi ved SSF bør gjennomgås på nytt fordi at fra nyttår er 2 av 4 stillinger ubesatt samtidig som omfanget av tilstedeværelse fra SSK vil øke.

Dagens ordning er 5-6 delt, og er basert på 3 faste ved SSF samt leger fra SSK som dekker opp vakter når de roterer til SSF. SSF har i dag to fast ansatte leger i deltid som jobber med håndkirurgi (2 x 0,25 årsverk) som er til stede og hver av dem utfører elektiv poliklinikk og dagkirurgi 1 uke/mnd.

Ved SSK vil overføringen av 310 ortopediske operasjonspasienter til SSF kreve ett nytt ortopedårsverk. Avdelingssjef mener at dette skal kunne løses på kort sikt.

Overleger gynekologi

Dagens 4-delte vaktordning videreføres, og gynekologene har kapasitet til å håndtere overføring av 50 pasienter/år. Fra nyttår er 2 av 4 stillinger ubesatt fra nyttår. Avdelingen har i dag en LIS3 lege. Det er ikke kapasitet ved SSA eller SSK til å rotere leger til SSF til å delta i vaktordningen i SSF uten at de øker antall leger. Det pågår rekrutteringsarbeid for å få tilsatt gynekologer i de ledige stillingene.

Overleger anestesi

Dagens 4-delte vaktordning med høy UTA tid og stor grad av vaktutrykning vurderes ikke bærekraftig over tid og svekker potensielt rekrutteringsevnen. Dagens situasjon med tre fast ansatte leger gir liten mulighet for faglig oppdatering ved f.eks. uttak av overlegepermisjoner.

Det er gjort en vurdering av omlegging fra 4-delt til 6-delt vakt (se kap. 6.3.2).

Anestesi- og operasjonssykepleiere SSF

Etableringen av et spesialisert senter for elektiv kirurgi vil i liten grad endre dagens drift for disse personellkategoriene. Dette da netto økning i aktivitet er marginal (75 operasjoner, ca. 7%). Bortfallet av SUS aktivitet (kun døgnbasert protesekirurgi), som

erstattes med en pasient-casemix av dag- og døgnortopedi, vil i sum antagelig øke dagandelen, og ikke øke arbeidstid i operasjonsstuen.

Det er lagt til grunn opprettholdt operasjonsberedskap for ø-hjelp som i dag i betraktningen. Det er et betydelig antall ledige stillinger innen disse fagene, men dette ser ut til å harmonere med den tilbudte operasjonsstuekapasiteten det planlegges ut fra langt på vei. Fravær og ferieavvikling fordrer i dag noe bruk av vikarbyrå-innleie.

Intensivsykepleiere SSF

For intensivenheten vurderes overføringen av elektive pasienter fra SSK kombinert med bortfallet av SUS pasienter slik at de har kapasitet til den samlede økningen.

Også for denne yrkesgruppen er beredskap/drift 24/7 det som dimensjonerer bemanning, og det er i dag bruk av vikarbyrå-innleie for å dekke akuttfunksjoner. Overføringen av elektive pasienter fra SSK kombinert med bortfallet av SUS pasienter vil redusere behovet noe idet økning av dagaktivitet på bekostning av døgnaktivitet gir sannsynlig noe mindre belastning.

6.3.2 Vaktordning for anestesileger (fra 4-delt til 6-delt)

Beredskap for anestesi er viktig for flere fagområder i SSF og det er enighet om dagens firedelte vaktordning ikke er rekrutteringsfremmende i et fremtidsrettet perspektiv.

Dagens drift med stor grad av innleie fra vikarbyrå og høy UTA tid og vaktbelastning bekrefter dette. Arbeidsgruppen har vurdert utvidelse fra firedelt til 6 delt vakt og vurdert 4 modeller.

Dagens modell er en firedelt vakt med budsjett 11 mill. kr. som tilsvarer ca. 5,1 netto årsverk inkludert innleie fra vikarbyrå. De har i dag arbeidsplaner på 38 timers arbeidsuke (3,6 faste stillinger), pluss 6,67 t/uke snitt UTA tid, og 1,8 mill.kr i vikarbyråbudsjett. Det innebærer at det er om lag 2,9 anestesileger til stede på dagtid 42 uker/år og 2 til stede i 10 uker med lavaktivitet. Eventuelt uttak av overlegepermisjoner krever ekstra bemanning/vikarer eller reduksjon i operasjonsaktivitet.

Pt. er det 3 fast ansatte anestesi leger. SSHF har fått tilbakemeldinger fra ansatte at nåværende vaktordning er lite familievennlig og lite rekrutterende.

Det benyttes vikarer for om lag 3,5 mill.kr i 2023, og det forventes en total budsjettoverskridelse på vel 2,5 mill.kr. (13,5 mill.kr mot 11,0 mill. i budsjett)

Det er vurdert fire 6-delte modeller i tillegg til dagens modell (4 delt pluss vikarbyrå):

- 6 delt modell med 3 faste SSF og 3 i rotasjon fra SSK (1,00 åv/stilling + UTA)
- 6 delt modell med 6 faste ved SSF (1,00 åv/stilling + UTA)
- 6 delt modell med 4 faste (1,00 åv + UTA/stilling) og 2 vikarer (0,45 åv+ UTA/stilling)
- 6 delt modell med 3 faste (1,00 åv+ UTA/stilling) og 3 vikarer (0,45åv + UTA/stilling)

Det er gjort beregning på kapasitet og kostnader for disse løsningene. De vil gi en tilstedeværelse på dagtid ukedager som varierer fra 2,42 til 4,45. En ønsket kapasitet på

dagtid ukedager er rundt 3 ift. operasjonsprogram inkl. tannbehandlinger og gastro/kolon.

Det er også gjort en betraktning om en «Tynset-modell» kan tenkes for anestesileger ved SSF. En slik modell er basert på 2-3 uker på – da med høy arbeidsbelastning på dag/ettermiddag/kveld og helg i på-ukene, og 3-4 uker fri. Da anestesi i hovedsak er et støttefag til den operative virksomheten, vil dette lite sannsynlig være egnet med mindre dette samkjøres tett med operatører og operasjons- og anestesisykepleiere.

En modell med 6 faste anestesileger vil gi en betydelig merkapasitet på dagtid som det ikke vil være behov for i den planlagte operasjonsdriften. Tilsvarende en modell med 3 roterende legeårsverk fra SSK - denne vil i tillegg være svært dyrt pga. forventet rotasjonstillegg. Mer realistiske modeller vil være basert på 3 til 4 faste 100% stillinger, og 2-3 faste vikarstillinger (45%) hvor det for disse vil være 2 uker på i en 6 ukers periode, da med høy vaktbelastning og helgevakt (ikke helt ulikt Tynset-løsningens turnus for disse 45% stillingene).

Den beste modellen så langt vurdert er en modell med 4 faste stillinger og 2 faste vikarer. Denne vil gi en dagkapasitet på 3,77 mandag-fredag, men om lag 3,11 dersom overlegepermisjoner tas ut i et planlagt løp for alle de 6 ansatte overlegene. En slik 6 delt ordning anses å være positivt for rekruttering, mulighet for overlegepermisjon og rotasjon til SSK/SSA, redusert vaktbelastning, færre helger på jobb, samt vil bidra til å styrke fagmiljøet ved SSF.

En 6-delt vaktordning bør etableres i sammenheng med ny ordning for intensivtransport som er under planlegging for innføring i 2024. Her bør noe av ressursen fra SSF anestesileger inngå i planene. Vaktordningen vil ha en kostnadsramme lik dagens budsjett gitt at bruk av vikarbyrå fases ut. Dette vil virke rekrutterende både for SSF og for intensivtransportordningen.

Det er lagt til grunn at 6-delt turnus skal etableres på en 40 timers arbeidsuke-basis, og hvor samlet UTA tid ikke økes fra i dag. (Det betyr i snitt en halvering fra 6,67 til 3,33 timer/ uke pr overlege). Dette gir en UTA tid på linje med anestesilegene i Kristiansand.

6.4 Konsekvenser for andre fagområder og avdelinger

Det er innhentet synspunkter fra samarbeidende avdelinger om de har kapasitet til å håndtere en gradvis økning av elektive pasienter.

Medisinsk avdeling SSF

Endringene ved å etablere et spesialisert senter for elektiv kirurgi ved SSF forventes ikke å gi direkte konsekvenser for medisinsk avdeling ved SSF, utover forhåpentligvis noe bedret anestesilege-tilgjengelighet ved en 6-delt vaktordning.

Merkantilt personell SSF

SSF vil gjøre en helhetsvurdering av merkantil kapasitet som følge av den samlede planlagte aktiviteten fremover.

Laboratorier og radiologi i SSF

Lab og radiologi har innenfor dagens bemanning kapasitet til å håndtere pasientøkningen som det legges opp til i 2024. Det vil være behov for god planlegging og logistikk i samarbeid med bl.a. planleggerkontorene, og det forutsettes at økningen innfører gradvis. Det er ønskelig med evaluering underveis.

Avdeling for pleieressurser SSF

SSF har kapasitet blant spesialsykepleierne til å håndtere en økning på 2 tirsdager pr. måned samt 1 operasjonsstue hver fredag. Hvis det skal planlegges med ytterligere økning opp mot 3 operasjonsstuer hver ukedag, vil SSF ha behov for å øke den faste bemanningen innen operasjons- og anestesisykepleiere.

Behovet for kirurgisk sengekapasitet må vurderes i lys av planlagt elektiv aktivitet og sammenhengen med andre fagområder.

I forbindelse med tildeling av utdanningsstillinger i 2024 vil det vurderes om det er mulig fra 2025/2026 å få til rotasjon av operasjonssykepleiere fra SSK til SSF for å erstatte dyr innleie fra vikarbyrå.

Ortopedisk avdeling SSK

Ortopedisk avdeling i SSK vil ha behov for en ortopedstilling i økning for å håndtere økt rotasjon til SSF. Avdelingssjef mener dette er mulig å få til i et kort tidsperspektiv, til tross for rekrutteringsutfordringer også i dette fagområdet. Samlet sett vil dette bety om lag to årsverk i rotasjon til SSF fremover mot om lag ett årsverk hittil.

Det vil kunne være en konsekvens for avdelingens utdanning av LIS at en stor del primærproteseoperasjoner overføres til SSF. Det er viktig å beholde et volum av disse ved SSK også for å sikre kompetansen ved revisjoner av proteser.

Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon (AIO) SSK

Ved SSK bemerker avdelingsleder at kompetanse på primærproteser kan bli utfordret ved overføring av ytterligere elektiv aktivitet til SSF. Dette kan eventuelt løses ved fremtidig rotasjon til SSF for å sikre denne kompetansen, men vil uansett være en faktor ved vurdering av casemix i overførselen av aktivitet og må vurderes løpende av avdelingene sammen.

Avdeling for pasientadministrasjon SSK

Det vil være behov for å øke med 0,5 operasjonsplanleggerårsverk i SSK for å håndtere flytting av vel 300 pasienter for operasjon ved SSF, samt poliklinisk håndtering i for- og etterkant av operasjonene. Det vil være behov for å øke 0,25 sekretærårsverk for å håndtere økt poliklinisk aktivitet ved SSK og SSF. Det planlegges at SSK skal ha et noe større ansvar for å legge/eller overføre SSK pasienter til poliklinikkene ved SSF. I tillegg vil tilførsel av nytt overlegeårsverk føre til økt arbeidsmengde for sekretærene ved at overlegen skal ha en fast poliklinikk-dag pr. uke ved SSK.

Avdeling for pasienttransport PTSS

Det er gjort et anslag på hva de 360 pasientene som planlegges overført har behov for av pasienttransport til enten polikliniske konsultasjoner eller operasjoner. Kostnadene avhenger i stor grad av pasientsелеksjon, både når det gjelder geografi og førlighet. Egenandelstaket på 328 kr t/r gjør at det kun er andelen som har rett til taxi som vil belaste økonomien for sykehuset. Et foreløpig anslag er 700.000 kr. i merkostnad.

Dersom det blir en økning også i poliklinisk aktivitet vil det sannsynligvis være riktig å se på forlengelse av dagen sykehusbuss-ruter til å innbefatte SSF.

6.5 Aktivitet og økonomi

Fagavdelingen, ortopedisk avdeling, kvinneklinikken ved SSK og avdeling for kirurgiske fag SSF har utarbeidet en oversikt over sammensetning av operasjoner som forventes lagt til Flekkefjord.

Innenfor ortopedi er det i all hovedsak økt samlet kapasitet som skal bidra til å redusere lange ventelister. SSK har i dag ca. 900 ventende pasienter til operasjoner. Det skal ikke være rene flyttinger fra Kristiansand og således ikke gå ut over opplæring av LIS. Ø-hjelpsaktivitet har den siste tiden økt og følgelig fortrent elektiv aktivitet som igjen påvirker ventelister.

Det planlegges for en øking på 310 ortopediske operasjoner ved SSF fordelt på 22 uker pr år, fordelt tilsvarende likt mellom kne/hofteprotese-operasjoner og dagkirurgiske inngrep hånd/fot/artroskopier. Dette tilsvarer en netto økning på 75 operasjoner, Det må også forventes en økning på 620 polikliniske konsultasjoner, enten ved SSK eller SSF, for å håndtere forberedelser og kontroll ifm. økt operasjonsvolum. Det planlegges videre en økning på 50 dagoperasjoner innenfor gynekologi (hysteroskopier og enkelte steriliseringer).

Oppsummert gir den planlagte aktiviteten +1,9 mill.kr. i dekningsbidrag.

	Antall	DRG-vekt	DRG-sats (40%)	Inntekt	Varekost	Dekningsbidrag
Økte ortopediske operasjoner ved SSF, protesekir.	155	2,57	20 060	7 990 901	-2 512 500	5 478 401
Økte ortopediske operasjoner ved SSF, dagkirurgi	155	0,38	20 060	1 181 534	-232 500	949 034
Økte polikliniske konsultasjoner ortopedi pr år SSK/SSF	620	0,05	20 060	621 860	-62 000	559 860
Utfasing av SUS-avtale protesekirurgi fra 1.1.24	-235	1,90	20 060	-8 956 790	3 760 000	-5 196 790
Øke 50 dagkirurgiske operasjoner gynekologi ved SSF	50	0,25	20 060	250 750	-50 000	200 750
SUM DEKNINGSBIDRAG				1 088 255	903 000	1 991 255

Figur 13 Forventet endring i inntekt og dekningsbidrag SSF

For å håndtere disse endringene vil det være behov for støttepersonell, leger og endret pasienttransport. Dette oppsummeres i tabell nedenfor, hvor det også belyses driftsmodeller med kun egne ansatte. kontra egne ansatte i rotasjon fra SSK/SSA.

Økonomi - endring fra dagens drift:		
	kun fast ansatte SSF	Modell med rotasjon leger+sykepl.
Dekningsbidrag aktivitet	1 941 456	1 941 456
2 anestesisykepleiere	-2 044 000	-2 044 000
rotasjonstillegg		-2 058 000
husleie		-130 000
reduksjon innleie anestesisp.	3 180 000	3 180 000
1 operasjonssykepleier	-1 022 000	-1 022 000
rotasjonstillegg		-1 029 000
reduksjon innleie operasjonssp.	1 692 000	1 692 000
operasjonsplanlegger SSK (0,5 år)	-450 000	-450 000
sekretær SSK (0, 25år)		-175 000
Ortoped	-1 800 000	-1 800 000
rotasjonstillegg		-1 500 000
økt bolig/reisekostnader-økt rotasjon		-130 000
økt kost ved 6 delt anestilegeordning	-500 000	-500 000
økning taxibruk pasientreiser	-700 000	-700 000
forlenge sykehusbuss Vigeland-SSF	-1 140 000	-1 140 000
reduksjon taxibruk dagens + nye pas, hvis sykehusbuss forlenges	700 000	700 000
Sum antatt endring kostnader	-2 084 000	-7 106 000
Endring dekningsbidrag	-142 544	-5 164 544
herav kostnader rotasjonstillegg:	-	-4 847 000

Figur 14 Forventet endring i driftsøkonomi

Modellene med byråinnleie og/eller rotasjon innbefatter også i dag bolig- og reisekostnader for personell.

Det blir viktig å balansere aktiviteten ut fra det overordnede målet om å redusere ventelister og ventetider. Andel proteseortopedi ved SSF må tilpasses ventelistebehovet, samt sikre at noe elektivt blir gjenværende ved SSK for utdanning og trening av LIS samt opprettholdelse primærprotesekompetanse hos overlegene.

Den økonomiske effekten påvirkes i stor grad av suksessen av sammensetningen av fast ansatte, ansatte i rotasjon og innleie fra vikarbyrå. Overføring til SSF vil på sikt kunne bidra til at Sørlandets befolkning reduserer bruk av andre tilbydere, og vil sammen med økt poliklinisk aktivitet kunne bidra til lavere Helfo-kostnader ifm. fristbrudd.

Basert på den planlagte modellen, bør det jobbes videre med en detaljert gjennomgang av faktisk kapasitet pr uke/mnd. som også ser på konsekvensen for sengekapasitet og bemanning ved SSF, gitt det forventede kirurgiske volumet.

De økonomiske effektene ved SSK ved dreiningen mot økt Øhjelps-ortopedi over de siste årene, er ikke beregnet eller tatt inn i denne utredningen. Dette vil måtte håndteres som del av løpende drift og budsjettarbeid.

6.6 Kommunikasjon og omdømme

Det er stor interesse og engasjement for Sørlandet sykehus Flekkefjord, og særlig tilbudet innen akuttkirurgi og traumemottak. Det er naturlig nok særlig vest i Agder at lokalbefolkningen, aksjonsgrupper og lokalmedier har engasjert seg, i tillegg til våre egne ansatte. Engasjementet har også resultert i interpellasjon på Stortinget.

Ledelsen, i hovedsak administrerende direktør, organisasjonsdirektør, fagdirektør og konstituert klinikkdirektør SSF, har vært tilgjengelig for mediene og andre som har ønsket møter, kommentarer og svar på spørsmål. Det har vært avholdt flere møter med aksjonsgruppe, næringsforening og politikere for å informere fortløpende, og forsøke å skape forståelse for hvorfor akuttkirurgi og traumemottak er midlertidig flyttet til Kristiansand og hva som ligger i et planlagt spesialisert senter for elektiv kirurgi. Det har vært tydelig kommunisert at et slikt spesialisert senter ved SSF skal bidra til en organisering av hele foretaket på en måte som skaper bærekraftige helsetjenester for pasientene i Agder for fremtiden, og sikrer likeverdige helsetjenester for et samlet Agder.

Det er avholdt 17 møter med eksterne interessenter fra januar til desember 2023. I tillegg deltok administrerende direktør og fagdirektør i debatt under et politisk debattmøte i Flekkefjords kulturhus før kommunevalget.

Det er viktig for ledelsen å fortsette arbeidet med å korrigere bildet som enkelte tegner av fremtiden til sykehuset i Flekkefjord. Særlig oppfatningen om at sykehuset er “nedleggingsstruet” og påstander om at ledelsen ikke gjør nok for å finne løsninger mht. rekruttering og gjenåpning av akuttkirurgi og traumemottak, har vært viktig å svare på. Budskapet har vært at det satses videre på sykehuset i Flekkefjord, til beste for hele Agders befolkning, og at foretaket har bruk for hver eneste ansatt og hver kvadratmeter i de tre somatiske klinikkene. Alle skal være trygge på at behandlingen de får er god, og at pasientsikkerhet er det aller viktigste. God pasientbehandling gir godt omdømme.

Det er viktig å se situasjonen for akuttkirurgi og traumemottak som del av en nasjonal- og internasjonal utvikling, med press på helsetjenestene og mangel på helsepersonell.

I medieoversikten er det i perioden 01.01.23-01.12.23 275 treff på stikkord “Flekkefjord” kombinert med stikkordet “akuttkirurgi”. Flere av disse er kronikker og leserinnlegg fra blant andre administrerende direktør, organisasjonsdirektør, enhetsledere og brukerutvalget. De har vært publisert på nett og papir i flere aviser. I alle disse har et planlagt spesialisert senter for elektiv kirurgi vært nevnt som del av en helhetlig prosess.

Internt har vi hatt digitale allmøter der alle ansatte kan lytte inn og få informasjon, og det har også vært tema i møter med avdelingssjefer og enhetsledere i foretaket. Det har i tillegg vært flere fysiske allmøter og møter mellom deler av foretaksledelsen og avdelingsledere og enhetsledere i Flekkefjord.

Ansatte finner også informasjon om utredningen om Spesialisert senter for elektiv kirurgi SSF på en egen side for “Utredninger” på intranett.

Det utarbeides egen kommunikasjonsplan for det videre arbeidet, som legges frem for styret som vedlegg til saken (vedlegg 9).

7. Risikoanalyse

7.1 Gjennomføring av risikoanalyse

Arbeidsgruppen har gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av anbefalt modell (vedlegg 10).

Modellen legger opp til en gradvis overføring av SSK pasienter til SSF for å utnytte operasjonskapasitet ved SSF. Modellen baserer seg på rotasjonsordning for spesialister innen ortopedi, og om nødvendig også for operasjons- og anestesisykepleiere (som beskrevet i kapittel 6).

ROS-analysen bygger på ROS av modell 1, 2 og 3 gjennomført i del 1 av arbeidet.

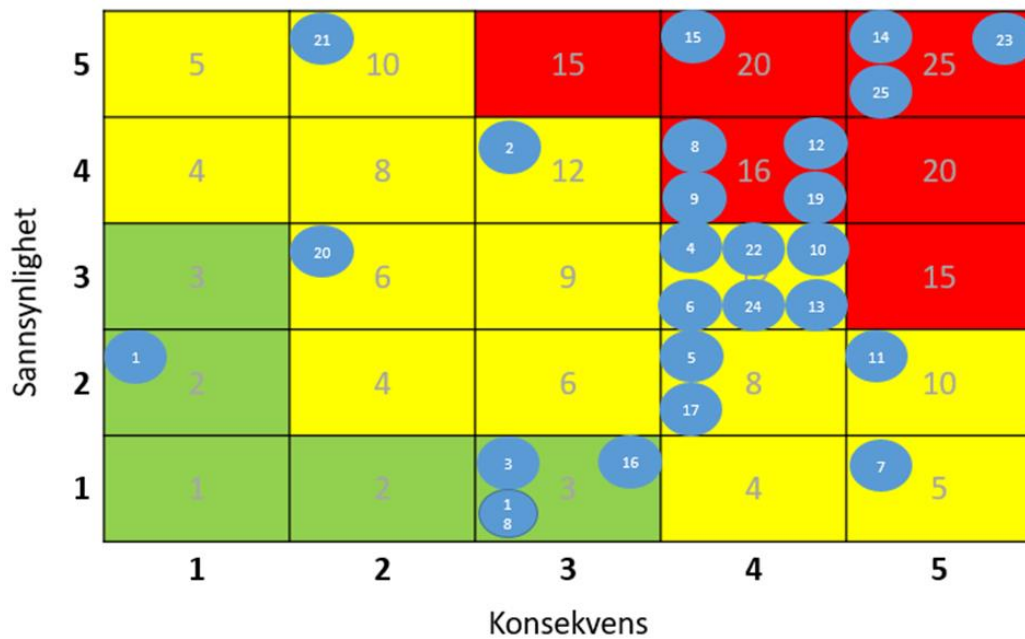
Arbeidsgruppen har definert følgende sårbarhetsområder:

- Kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling
- Kompetanse og faglig utvikling for medarbeidere
- Rekruttering og beholde inkludert utdanning
- Arbeidsmiljø/psykologisk trygghet
- Ledelse og organisering
- Samarbeid internt og eksternt
- Pasienttransport
- Aktivitet og økonomi
- Kommunikasjon og omdømme

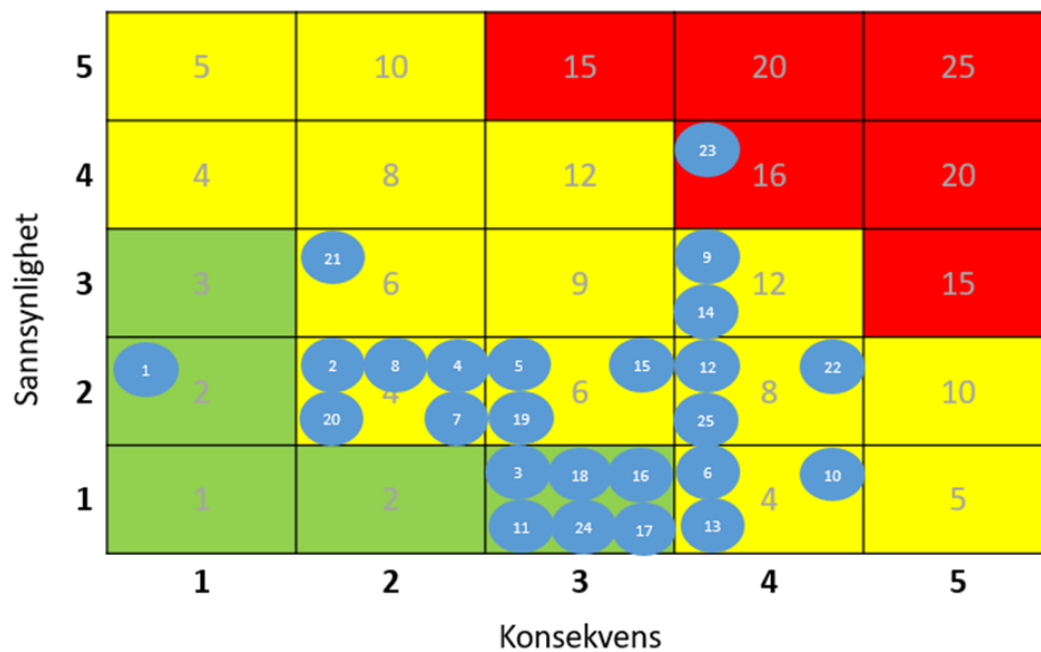
ROS-analysen er gjennomført i to deler. I første møte (30.10.23), ble det gjort en gjennomgang av sårbarhetsområdene med vurdering av risiko (konsekvens og sannsynlighet) uten tiltak. Mellom møtene sendte deltagerne inn sine forslag til risikoreduserende tiltak som ble sammenstilt med forslag til vurdering av risiko. I andre møte (17.11.23) ble det gjort en gjennomgang av risikoreduserende tiltak og vurdering av risiko (konsekvens og sannsynlighet) etter tiltak.

7.2 Risikomatrise – spredning av risiko før og etter tiltak

Risikomatrisene illustrerer spredning i risiko - før og etter risikoreduserende tiltak:



Figur 15 Spredning i risiko - uten risikoreduserende tiltak



Figur 16 Spredning i risiko - med risikoreduserende tiltak

- 1 Risiko for negative konsekvenser på kvalitet og pasientsikkerhet som følge av flytting av pasienter fra SSK til SSF
- 2 Risiko for at man ikke får riktig casemix for spesialsykepleiere (SSK)
- 3 Risiko for at man ikke får riktig casemix for spesialsykepleiere (SSF)
- 4 Risiko for at anestesileger ikke klarer å opprettholde sin kompetanse
- 5 Risiko for å ikke klare å gjennomføre det faglige samarbeidet som ligger til grunn
- 6 Risiko for at SSHF ikke klarer å gjennomføre det faglige samarbeidet som ligger til grunn (oppnår ikke rekrutteringsfremmende effekt)

- 7 Risiko for at LIS3 ortopedi SSK ikke får oppfylt sine læringsmål
- 8 Risiko for svekket rekruttering til LIS2 fra medisin som følge av endret drift
- 9 Risiko for fortsatt utfordringer med å dekke 4 delt vakt anestesi
- 10 Risiko for at SSF ikke får kvalifiserte søkere til utdanningsløp innen operasjon- og anestesisykepleiere
- 11 Risiko for svekket rekruttering til LIS1 fra medisin som følge av endret drift
- 12 Risiko for utfordringer med å rekruttere operasjon- og anestesisykepleiere til å håndtere aktivitetsøkning på kort sikt
- 13 Risiko for at SSHF ikke får rekruttert tilstrekkelig med ortopeder til SSK
- 14 Risiko for at SSHF ikke får rekruttert tilstrekkelig med ortopeder til SSF
- 15 Risiko for at ambuleringsstillegget for ortopeder fra Kristiansand har negative konsekvenser for arbeidsmiljøet i Flekkefjord
- 16 Risiko for at nye rutiner ikke følges
- 17 Risiko for at nye rutiner for operasjonsplanlegging ikke blir fulgt
- 18 Risiko for utilstrekkelig medarbeideroppfølging for anestesileger, ortopeder og gynekologer
- 19 Risiko for at SSHF ikke får gjennomført en trinnvis opptrapping i tråd med plan fra SSK til SSF
- 20 Risiko for misfornøyde pasienter som følge av lengre reisevei
- 21 Risiko for økte kostnader til pasientlogistikk
- 22 Risiko for at ikke så mange elektive pasienter faktisk blir operert ved SSF
- 23 Risiko for økte kostnader for SSHF
- 24 Risiko for at pasienter kan oppfatte at det er differensiering i tilbud
- 25 Risiko for at befolkningen og ansatte vil være bekymret for at stenging av akuttkirurgi og etablering av spesialisert senter for elektiv kirurgi vil ha negative konsekvenser for andre ø-hjelpstilbud ved SSF

Figur 17 Totaloversikt over analyserte risikoområder

7.3 Sårbarhetsområder og risikoreduserende tiltak

I dette delkapittelet beskrives de mest sentrale (røde) risikoene per sårbarhetsområde med tilhørende risikoreduserende tiltak. For full oversikt over analyserte områder og tiltak vises det til vedlegg 10.

Kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling

Risikoen for negative konsekvenser på kvalitet og pasientsikkerhet som følge av flytting av pasienter fra SSK til SSF

Arbeidsgruppen vurderer denne risikoen som lav. Bakgrunnen for dette er at rotasjonsordningen sikrer rett kompetanse på rett plass slik at kvaliteten på pasientbehandlingen ikke kompromitteres.

Kompetanse og faglig utvikling for medarbeidere

Arbeidsgruppen har diskutert flere risikoer innenfor dette sårbarhetsområdet, men ingen av disse er vurdert som røde.

Fokus på casemix for spesialsykepleiere, både ved SSF og ved SSK, vil være sentralt for å sikre opprettholdelse av nødvendig, variert kompetanse.

Rekruttering og beholde inkludert utdanning

Arbeidsgruppen identifiserte flest risikoområder knyttet til å rekruttere og beholde medarbeidere. Utfordringer knyttet til temaet er beskrevet i kapittel 6.3.

Risiko for at SSHF ikke får rekruttert tilstrekkelig antall ortopeder til SSF

Dette ble vurdert som svært høy risiko uten tiltak. Risikoreduserende tiltak inkluderer delt stilling, felles henvisningsliste og dedikert tid til hospitering spesifisert i kontrakt.

Risiko for at LIS3 i ortopedi på SSK ikke får oppfylt deres kompetansekrav

Her foreslår arbeidsgruppen at man gjennomgår utdanningsplanen for LIS3 i ortopedi på SSK for å se om det må gjennomføres risikoreduserende tiltak.

Risiko for fortsatt utfordringer med å dekke 4-delt vakt anestesi

Arbeidsgruppen anbefaler etablering av 6-delt vakt for å redusere vaktbelastningen. Det bør også være fokus på å etablere et tettere samarbeid og fagmiljø innad i SSHF, samt ha fokus på variasjon i anestesiform.

Risiko for utfordringer med å rekruttere operasjons- og anestesisykepleiere for å håndtere aktivitetsøkning på kort sikt

SSHF bør fortsatt prioritere utdanningsstillinger til AIO SSF og klinikken må arbeide aktivt med å rekruttere kandidater til spesialsykepleieutdanning i egne enheter. I tillegg bør man ha fokus på variasjon/casemix og vurdere frivillige interne ambuleringsordninger.

Risiko for svekket rekruttering til LIS2 fra medisin som følge av endret drift

For å imøtekomme risiko for svekket rekruttering til LIS2 medisin bør det satses videre på akutt- og mottaksmedisin ved SSF. Det er viktig å kommunisere at vaktordninger for ortopedi og gynekologi opprettholdes, for å avklare at LIS2 medisin ikke får flere oppgaver.

Arbeidsmiljø/psykologisk trygghet

Risiko for at ambuleringstillegget for ortopeder fra SSK har negative konsekvenser for arbeidsmiljøet i SSF

Denne risikoen ble vurdert som betydelig uten tiltak. Ved å sikre de fast ansatte ortopedene ved SSF en konkurransedyktig lønn (ift. generell lønnsdannelse for ortopeder i Norge) og samtidig kommunisere sammensetningen av lønn for ulike funksjoner, arbeidstidsordninger og frivillig ambulering mener arbeidsgruppen at dette området reduseres til akseptabelt nivå. Dette er et eget arbeidsområde for den felles arbeidsgruppen sammensatt av arbeidsgiver og Dnlf som jobber med å identifisere tiltak for å rekruttere og beholde overleger.

Ledelse og organisering

Risikoområdene knyttet til ledelse og organisering ble vurdert som lav risiko, og med risikoreduserende tiltak er alle områdene kategorisert som grønne. Det er planlagt en evaluering av den midlertidige ledelsesorganiseringen høsten 2024.

Samarbeid internt og eksternt

Risiko for at SSHF ikke får gjennomført en trinnvis opptrapping i tråd med plan fra SSK til SSF

Denne risikoen ble vurdert som betydelig uten tiltak, men kan reduseres betraktelig ved gjennomføring av risikoreduserende tiltak. Disse inkluderer god plan av oppstart og opptrapping, jevnlig felles operasjonsplanleggingsmøter, lang planleggingshorisont på tvers (minimum 6 uker for personell og innkalling av pasienter). I tillegg kan det være aktuelt å vurdere ambulerende spesialsykepleiere til SSF for å redusere innleie, samt vurdere å benytte noe vikarinnleie i oppstartsfasen.

Pasienttransport

Risiko for misfornøyde pasienter som følge av lengre reisevei

Arbeidsgruppa vurderer denne risikoen som lav, da kortere ventetid antas å i stor grad veie opp for lengre reisevei. Risikoen vil kunne reduseres ytterligere ved å vurdere aktuelle tiltak for tilrettelagt transport, herunder om sykehusbussens faste rute kan utvides til Flekkefjord.

Aktivitet og økonomi

Risiko for økte kostnader for SSHF

Arbeidsgruppen vurderer det som svært sannsynlig at en etablering av et spesialisert senter for elektiv kirurgi i SSF vil medføre betydelige konsekvenser for aktivitet og økonomi (som beskrevet i kapittel 6.4). Tiltak som kan redusere de økonomiske konsekvensene inkluderer begrensning i bruk av innleie og/eller ambulerende til SSF, samt tilpasning av aktivitet til ansatt bemanning.

Risiko for at ikke så mange elektive pasienter faktisk blir operert ved SSF

Arbeidsgruppen vurderer også denne risikoen som høy. Foreslåtte tiltak for å unngå at dette inntreffer inkluderer jevnlig felles operasjonsplanleggingsmøter for å overføre pasienter, månedlig evaluering av gjennomførte elektive operasjonslister, minst 6 ukers planleggingshorisont på tvers av SSK/SSF, samt tydelig prioritering av planlagt program i SSF.

Kommunikasjon og omdømme

Risiko for at befolkningen og ansatte vil være bekymret for at stenging av akuttkirurgi og etablering av spesialisert senter for elektiv kirurgi vil ha negative konsekvenser for andre ø-hjelpstilbud ved SSF.

Dette ble av arbeidsgruppen vurdert som største risiko ifm. kommunikasjon og omdømme. Det viktigste tiltaket for å redusere denne risikoen er å videreutvikle og gjennomføre en konkret kommunikasjonsplan. Det jobbes aktivt med å formidle et tydelig budskap om hva etablering av et spesialisert senter for elektiv kirurgi innebærer, hva som skal videreføres og hva som er nytt..

7.4 Videre arbeid og oppfølging av tiltak

Det fremgår av ROS-analysen at planlagte tiltak langt på vei vil være risikominimerende for potensielt alvorlige konsekvenser på de sårbarhetsområdene som er beskrevet i delkapittel 7.2.

Analysen har også resultert i forslag til nye tiltak (eks. læringsplaner LIS3). Noen av de foreslåtte tiltakene er relativt enkle og lite kostbare å implementere, og bør etter arbeidsgruppens vurdering vurderes implementert allerede i planleggingsfasen.

Følgende punkter ønsker arbeidsgruppen å fremheve:

1. Rekruttering – rekruttering av overleger og spesialsykepleiere har vært en utfordring i flere år og arbeidet med å rekruttere overleger, spesialsykepleiere og samarbeid mellom klinikkene må fortsette.
2. Arbeidsmiljø – I forbindelse med oppfølging av prioriterte tiltak i delplan for å rekruttere, utdanne, utvikle og beholde medarbeidere er det etablert en felles arbeidsgruppe sammensatt av arbeidsgiver og Dnlf som jobber med å identifisere tiltak for å rekruttere og beholde overleger
3. 6-delt anesthesi-vakt er nødvendig for å opprettholde et bæredyktig anestesiberedskap på SSF, noe som utgjør et fundament for videre drift også for medisinsk og gynekologisk tilbud. og delta i intensivtransportordningen.
4. Felles henvisning - Det er utfordringer knyttet til dette i dagens lovverk vedrørende valg av behandlingssted og det er behov for å jobbe videre med muligheten for felles henvisning til operasjoner.
5. Kommunikasjon og omdømme – Det er utarbeidet en egen kommunikasjonsplan, se delkapittel 6.5
6. Tilpasning av aktivitet til bemanning - Det må jobbes videre med å tilpasse aktivitet til bemanning og redusere innleie. Det bemerkes at det selv med risikoreduserende tiltak er høy risiko for at den beskrevne modellen vil være kostnadsdrivende for SSHF (punkt 23 er det eneste som fortsatt er i “rød sone” etter gjennomføring av risikoreduserende tiltak).
7. Aksjonsliste ROS-analyse - Utarbeide en prioritert aksjonsliste for tiltakene foreslått i ROS-analysen (inkludert innspill til risikoområder vurdert som gule eller grønne).