



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Dato:	20.02.2024
Saksansvarlig:	Eystein Johannes Hauge
Saksbehandler:	Eystein Johannes Hauge, medisinsk direktør
Møtedato:	27. februar 2024
Saknr i Elements:	2024/1640

Saksgang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
10/2024	27.02.24	Styret i Finnmarkssykehuset HF

ROS-analyse - Dagkirurgi i Klinikk Alta

Ingress

Saken dreier seg om oppfølging av sak [100/2023](#), *Budsjett 2024 rammer og føringer inkl. investeringsbudsjett 2024*, vedtakspunkt 3, om utviklingen av tjenestetilbudet i Alta

Styret i Finnmarkssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar den aktuelle ROS-analysen om avvikling av dagkirurgi i Alta til etterretning.
2. Styret stiller seg bak administrerende direktørs vurdering av det risikobildet ROS-analysen beskriver

Ole Hope

Administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Risikovurdering Alta dagkirurgi
- 2 Kommentarer til ROS analyse T. Enge

Formål/Sammendrag

Styret forelegges to saker om Alta som oppfølging til sak 100/2023. Denne saken dreier seg om risiko knyttet til avvikling av dagkirurgi i Alta. Den andre saken, sak 08/2024, dreier seg om utviklingen av tjenestetilbudet i Alta. Begge sakene har en egen ROS-analyse knyttet til seg.

Bakgrunn

I sak 100/2023, Budsjett 2024 rammer og føringer inkl. investeringsbudsjett 2024, fremgår det av saksgrunnlaget (punkt 1.2 sammendrag) at

«DKI operasjoner legges til de to sykehusene, nedtak styrker det økonomiske driftsgrunnlaget»

Styret vedtok budsjettet med denne forutsetningen, men vedtaks punkt 3 presiserer at

«Styret forutsetter at det gjennomføres risikovurdering av alle foretaksovergripende tiltak. Styret ber om at utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta kommer tilbake til styret som egen sak»

Denne saken berører risikovurdering knyttet til avvikling av det dagkirurgiske tilbudet i Alta. For utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet for øvrig i Alta vises det til sak 08/2024

Metodisk er det viktig å understreke at ROS-modellen som benyttes i Helse Nord genererer en «gul risiko» for risikofaktorer som har svært lav sannsynlighet for å inntreffe (1 eller mindre enn 1) så lenge konsekvensen er 3 (moderat) eller høyere. Det betyr at analysen visuelt fremstår som mer alvorlig enn det den er. For de risikofaktorene administrerende direktør vurderer som de mest sentrale er det føyet til kommentarer i kolonnen «Nye tiltak». Det er imidlertid ikke beregnet rest-risiko for noen av risikofaktorene fordi disse jevnt over ikke vurderes som så alvorlig at dette er nødvendig.

Saksvurdering/analyse

ROS-analysen (vedlegg 1) ble gjennomført med følgende innramming:

1. Premisset for selve risikoanalysen er at dagkirurgi i Alta er besluttet avviklet. Spørsmålet analysen skal besvare er da hvilken risiko dette medfører. Selve analysen veier altså ikke fordeler og ulemper med å ha dagkirurgi i Alta opp mot hverandre. Derimot drøftes dette i denne styresaken, se avsnittet «direktørens vurdering» under.
2. Analysen tar utgangspunkt i at dagkirurgi i Alta avvikles, slik styret i Finnmarkssykehuset HF besluttet da de vedtok budsjettet for 2024 i desember, og slik Helse Nord RHF's arbeidsgruppe 1 foreslår.
3. Med en slik ROS-analyse blir styret gjort i stand til å ta stilling til risiko ved avvikling av all dagkirurgi i Alta dersom administrerende direktør vurderer dette som den beste beslutningen samlet sett for foretaket. Det vises for øvrig til styresak 08/2024 om utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta.

Risikoanalysen belyser fem risikoområder, hver med underliggende risikofaktorer. Risikoområdene er kort oppsummert under (se selve ROS-analysen for en fullstendig beskrivelse):

A. Kvalitet i pasientbehandlingen

I følge teorien om value based healthcare (Harvard Business School) måles kvalitet langs tre akser; klinisk rapporterte resultater, pasient-rapporterte resultater og pasient-rapporterte opplevelser. Det er ikke grunn til å tro at de to førstnevnte påvirkes av å avvikle det dagkirurgiske tilbudet i Alta, men pasienter som er bosatt i Alta, og som skal opereres for en lidelse egnet for å operere i Alta, vil få lengre reisevei og da potensielt noen ulemper forbundet med dette.

Dette må veies mot at pasientsikkerheten ikke påvirkes negativt; tvert om styrkes den sannsynligvis noe ved at backup-mulighetene ved komplikasjoner er bedre når man opereres i et akuttssykehus enn når man opereres ved en frittstående klinikk. Det samme er tilfelle for den samlede beredskapen ved akuttssykehusene våre. En avvikling av dagkirurgi i Alta svekker ikke akuttberedskapen, tvert om styrkes de beredskapskritiske og sårbare vaktlinjene noe ved at de i mindre grad påvirkes av ambulering.

B. Aktiviteten i helseforetaket

En sentral risikofaktor er hvorvidt Finnmarkssykehuset HF har kapasitet til å operere de 313 operasjonene som ble gjennomført i Alta (2023) på akuttssykehusene i Hammerfest og Kirkenes. 226 av disse inngrepene ble gjort på pasienter hjemmehørende i Alta og omegn.

En detaljert gjennomgang av operasjonsdata i HN LIS holdt opp mot bemanningsplan for operasjonsstuen i Hammerfest for 2023 (dagtid, ukedager, korrigeret for lavaktivitetsperioder) viser at stueutnyttelsen (samlet seansetid / tilgjengelig bemannet stuetid) var 66,0 % i Hammerfest. Dette indikerer en markant restkapasitet. Beste praksis ligger i området 80-85%. Tas det i tillegg høyde for at indikasjonsstillingen knyttet til noe av aktiviteten som ble gjort i 2023, kan det diskuteres sett i lys av nye føringer fra Beslutningsforum, er det i liten grad er tvil om at inngrepene fra Alta kan overføres Hammerfest med noe bedre planlegging. I tillegg vil det være mulig å flytte noe mindre kirurgi som i 2023 ble gjort på ordinære operasjonsstuer i Hammerfest, til stuer som ikke krever fulle operasjonsteam.

C. Hensynet til ansatte

Noen ansatte vil påvirkes av en nedlegging av det dagkirurgiske tilbudet i Alta. Enkelte vil måtte pendle mer og noen må pendle mindre. Operasjonssykepleierne som delvis jobber på dagkirurgisk avdeling og delvis med andre oppgaver ved klinikk Alta påvirkes mest i den forstand at de ikke vil kunne utøve sin spesialutdanning lokalt. Samtidig planlegger Finnmarkssykehuset HF å utvide tjenestetilbudet ved klinikken slik at disse spesialsykepleierne forhåpentligvis vil finne nye spennende arbeidsoppgaver lokalt dersom de ikke ønsker å pendle til Hammerfest.

D. Kompetanse/utdanning

For LIS-legene svekkes ikke utdanningen ved en avvikling av dagkirurgien i Alta. Tvert imot vil det være lettere for LIS-legene å kunne få operasjonstid dersom de aktuelle elektive inngrepene flyttes nærmere vaktbasen deres.

Isolert sett påvirkes muligheten sykepleierstudentene har til praksis ved den lokale operasjonsenheten i Alta om denne avvikles, men samtidig vil utvidelsen av pasienttilbudet i Alta gi ytterligere muligheter for å oppnå flere læringsmål lokalt, se styresak 09/2024.

E. Økonomi

Gitt foretakets kapasitet i Hammerfest er det lite sannsynlig at en taper ISF-inntekt ved å avvikle den dagkirurgiske aktiviteten i Alta. Når det er sagt vil særlige den artroskopiske dagkirurgien ofte ha høye variable kostnader grunnet materiellkostnader. Det er derfor viktig å ikke forveksle ISF-inntekt knyttet til en gitt DRG-vekt med et eventuelt «positivt økonomisk resultat» av inngrepet. Som foretak skal det kun fokuseres på å operere de inngrepene som prioriteringsmessig står seg, og aldri søke vri aktiviteten mot inngrep mot antatt fordelaktig DRG-vekting.

Foretakets kostnader forbundet med pendlerkostnader, avspasering etter dette og eventuell dekning av fravær i Hammerfest spares ved å avvikle dagkirurgien i Alta. Merkostnadene forbundet med noe økt pasienttransport er i denne sammenheng marginale.

Konsekvenser for samisk språk, kultur og tjenestetilbud

Tiltaket vurderes ikke å ha særegen innvirkning på dette området.

Risikovurdering

Se vedlegg 1.

Budsjett/finansiering

I/A

Medbestemmelse og brukermedvirkning

ROS-analysen ble fasilitet og gjennomført ved klinikk Alta den 24. januar 2024 av medisinsk direktør Eystein J. Hauge med følgende deltagere:

- Thoralf Enge, Den norske legeforening, (til stede ved innledningen)
- Evy Fjellstad, Sykepleierforbundet
- Frank P. Stokvold, Fagforbundet
- Helge Hansen, klinikkleder klinikk Alta
- Robert Kechter, klinikkrådgiver klinikk Alta

I det fire timer lange møtet jobbet deltagerne seg gjennom et preliminært utkast til ROS-analyse hvorpå det var anledning til å justere, korrigere eller supplere risikoområder, risikomomenter og vekting av disse. Deltagerne fikk to dager senere ettersendt utkastet med frist til 2. februar 2024 for å komme med ytterligere tilbakemeldinger eller justeringer.

Saken ble drøftet i informasjons- og drøftingsmøte 19. februar 2024, og tatt opp i FAMU samme dato. Det fremkom protokolltilførsel vedrørende prosessen for behandling av saken, hvor det ble påpekt at ROS analysen burde vært gjort før saken tas til drøfting. Det desentraliserte tilbudet i Finnmarkssykehuset må opprettholdes. Det gjelder også for DKI Alta og det polikliniske tilbudet ved Spesialistpoliklinikken i Alta.

Direktørens vurdering

Administrerende direktør er klar på at det er noen fordeler med egne skjermede enheter for elektiv kirurgi. Det reduserer risiko for forstyrrelser i programmet, og da spesielt knyttet til eventuell innkommende øyeblikkelig hjelp. Så er det like fullt mulig å ta høyde for dette på annet vis enn å ha en egen elektiv operasjonsenhet langt unna akuttsykehuset, både gjennom bedre planlegging og eventuelt gjennom lokal infrastruktur.

En egen elektiv enhet er særlig aktuelt der hvor presset på operasjonsstuen i akuttsykehuset er så stort at operasjonskapasiteten er sprengt med tanke på stueutnyttelse. Dette er ikke tilfelle ved hverken ved Hammerfest sykehus eller ved Kirkenes sykehus.

Finnmarkssykehuset HF har per i dag ingen signaler om at øvrige sykehus i Helse Nord ser for seg å bidra til å opprette et regionalt elektiv senter for kirurgi i Alta ved å styre egnede pasienter dit. Om så er, er det viktig å ta inn over seg at det uansett vil være problematisk fra et pasientsikkerhetsmessig ståsted å utvide et dagkirurgisk tilbud i Alta uten å bygge opp et tilsvarende støttefunksjonsapparat. Administrerende direktør har konkret notert seg at det har vært diskutert å utvide med et plastikkirurgisk tilbud ved klinikk Alta. Den type plastikkirurgi som både er egnet for å bli utført utenfor et regionsykehus, i relativ enkel kirurgisk infrastruktur, som har en klar indikasjon og som prioriteringsmessig har legitimitet for offentlig finansiering vil ofte være befengt med en betydelig blødningsrisiko både pre- og postoperativt. Eksempler på dette er postbariatrisk plastikkirurgi og andre store hudreseksjoner knyttet til invalidiserende plager. Det er administrerende direktørs vurdering at Klinikk Alta ikke er rigget for slik kirurgi, og at transportveien til backup ved akuttsykehuset er for lang til at Finnmarkssykehuset HF skal påta seg den type risiko for elektiv kirurgi.

Tilsvarende har administrerende direktør notert seg at ønsket om en utvidelse av tilbudet med en ultra-ren stue (CFU < 10/m³) har vært diskutert. Denne type stuer er primært aktuelle for tung kirurgi der det benyttes implantater i ulik form (som ved innsetting av kne- og hofteproteser). Etter administrerende direktørs vurdering er også denne type kirurgi uaktuelt å utføre i Alta, uavhengig av luftkvaliteten på stuen, da risikoprofilen ved

disse inngrepene tilsier en helt annen backup-mulighet ved komplikasjoner enn det som er tilfelle ved klinikk Alta i dag.

Administrerende direktør har også lagt merke til at det har vært reist spørsmål om nedleggelse av dagkirurgi-tilbudet i Alta vil lede til en betydelig pasientlekkasje mot private kommersielle tjenestetilbydere i Helse Nord. Debatten har vært preget av noen misforståelser. Faktum er at pasientene fra Alta, eller hvor som helst i foretaksområdet for den saks skyld, står fritt til å velge en privat leverandør som Helse Nord RHF har inngått en tidsbegrenset kontrakt med. Disse kontraktene er imidlertid typisk avgrenset til helt spesifikke prosedyrekoder, og i tillegg begrenset til et gitt antall inngrep per prosedyre utfra det Helse Nord RHF har definert som samlet behov. Det betyr konkret at dersom en pasient bosatt i Alta ønsker å bli operert hos en privat aktør i Tromsø eller i Bodø må det for det første foreligge en tidsbegrenset rammeavtale med leverandøren, for det andre må avtalen inneholde kjøp av den/de prosedyrekoder som er rett behandling for pasienten og for det tredje må det være flere ledige plasser på den offentlige finansierte kvoten knyttet til den/de aktuelle prosedyrekodene. Det er altså ikke slik at enhver lidelse innen et gitt fagfelt har et offentlig finansierte tilbud hos en privat aktør i regionen.

Når det er sagt «konkurrerer» Finnmarkssykehuset HF med alle offentlige sykehus, private ideelle sykehus eller private kommersielle sykehus med tidsbegrenset rammeavtale som inngår i ordningen «Fritt sykehusvalg» over hele landet om å tiltrekke oss pasienter. Finnmarkssykehuset HF ønsker denne konkurransen velkommen. Finnmarkssykehuset HF sin ambisjon er at pasientene i Finnmark skal ønske å velge oss på de fagområdene der vi har et tilbud, ikke fordi de må, men fordi vi leverer kvalitativt gode helsetjenester og god pasientservice.

Administrerende direktør vedgår at noen pasienter og enkelte ansatte som er bosatt i Alta vil beklage at dagkirurgien der avvikles. Dette hensynet må imidlertid veies mot Finnmarkssykehuset HFs viktigste målsetting, som er å sikre robusthet i beredskapskritiske vaktlinjer på to akuttsykehus, selv om foretaket knapt har et befolkningsgrunnlag stort nok til ett. Enhver ambulerende ut fra svært sårbare vaktlinjer som hver for seg kun har en håndfull spesialister bidrar til å true denne beredskapsmessige robustheten og derved, i ytterste konsekvens, pasientsikkerheten i foretaket.

Samlet sett er det administrerende direktørs vurdering at risikoen ved å avvikle dagkirurgi i Alta er svært lav, og veiet mot Finnmarkssykehuset HFs øvrige oppgaver er det en riktig prioritering av våre ressurser å avvike dagkirurgien i Alta.

Risikovurderingsverktøy

Risikovurdering for: Avvikling av dagkirurgi Alta

Deltakere i prosessen:

Dato: 25.01.2024

Ansvarlig: Eystein J. Hauge

	Risikovurdering av det enkelte mål:		Utfylte mål:
Innledning	Mål 1	Mål 11	Mål 1 Kvalitet i pasientbehandlingen Mål 2 Aktiviteten i helseforetaket Mål 3 Hensynet til ansatte Mål 4 Kompetanse/ Utdanning Mål 5 Økonomi
Andre verktøy:	Mål 2	Mål 12	
Stemmeverktøy	Mål 3	Mål 13	
Samlet risikovurdering	Mål 4	Mål 14	
	Mål 5	Mål 15	
Veiledere:	Mål 6	Mål 16	
Risikovurderings-	Mål 7	Mål 17	
Stemmeverktøy	Mål 8	Mål 18	
Samlet risikovurdering	Mål 9	Mål 19	
	Mål 10	Mål 20	

Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet:

Dato: 25.01.2024

Veiledning

Risikoområde nr 1:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

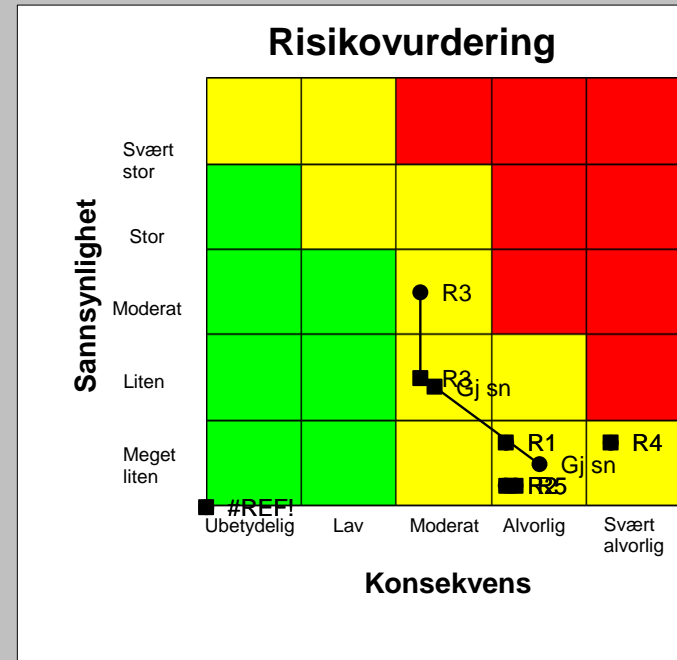
Kvalitet i pasientbehandlingen				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjenn risiko for målet:				1	4	Middels					2	3	Middels
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko- nivå
R1	Endringen påvirker resultatet av behandlingen (CROM-data) Med CROM-data menes "Clinical reported outcome measures", eller det objektive resultatet av kirurgien sett fra kirurgens ståsted	Å opererer i Hammerfest eller i Kirkenes bidrar til et dårligere resultat enn å opererer i Alta	Gitt at det langt på vei er de samme kirurgene som opererer er dette vanskelig å tenke seg. Kirurgene vil dog kunne anse det som en fordel å operere uforstyrret fra annen aktivitet på et dagkirurgisk senter	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						
R2	Endringen påvirker resultatet av behandlingen (PROM-data) Med PROM-data menes "Patient reported outcome measures", eller det subjektive resultatet av kirurgien sett fra pasientens ståsted	Å opererer i Hammerfest eller Kirkenes bidrar til et dårligere resultat enn å opererer i Alta	Gitt at det langt på vei er de samme kirurgene som opererer er dette vanskelig å tenke seg. Kirurgene vil dog kunne anse det som en fordel å operere uforstyrret fra annen aktivitet på et dagkirurgisk senter	1	4	Middels	Eystein J. Hauge						

Risikoområde nr 1:

Kvalitet i pasientbehandlingen

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Avvikling av dagkirurgi Alta

Dato: 25.01.2024

Veiledning

Risikoområde nr. 2:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

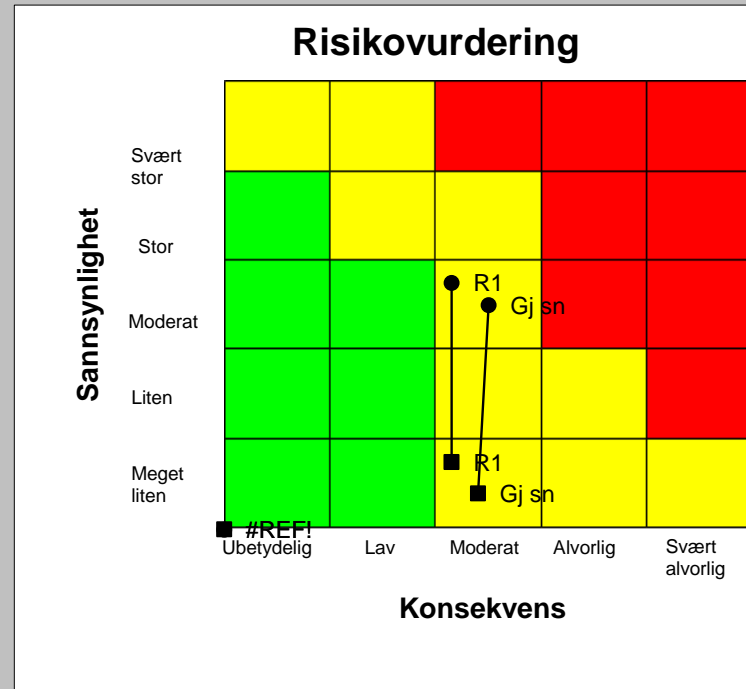
Aktiviteten i helseforetaket				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjenn risiko for målet:				3	3	Middels					1	3	Middels
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko- nivå
R1	Vi har ikke kapasitet i akutt sykehusene til å operere pasientene som flyttes fra Alta	Manglende kapasitet vil lede til lengre ventetider	Ca 1/3 av inngrepenes som påvirkes er skulderkirurgi. Vi opererer ifølge SKDE langt flere for degenerative skulderlidelser i Finnmarkssykehuset enn i resten av landet (per 1000 innbyggere). Vi gjorde også en del bløtdelsinngrep i Finnmarkssykehuset i 2023 som ikke burde beslaglegge operasjonskapasitet)	3	3	Middels	Eystein J. Hauge	Vi har kartlagt stueutnyttelse (samlet seansetid/ tilgjengelig bemannet stuetid) for 2023 i Hammerfest for å synliggjøre reell ledig kapasitet. Beregningene viser en stueutnyttelse på dagtid på 66,0%. Vi må også gjennomgå vår indikasjonsstilling for flere typer kirurgi, da det kan være grunn til å anta at en justering av praksis opp mot nasjonale retningslinjer vil bidra ytterligere til bedret operasjonskapasitet. Endelig må vi vurdere å se ventelistene våre på tvers av sykehusene i foretaket, i hvert fall til konsultasjon, slik	Eystein J. Hauge og Jørgen Niisen	Ved effektivisering	1	3	Middels

Risikoområde nr. 2:

Aktiviteten i helseforetaket

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrix, se under

Enhet:

Avvikling av dagkirurgi Alta

Dato: 25.01.2024

Veiledning

Risikoområde nr 3:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

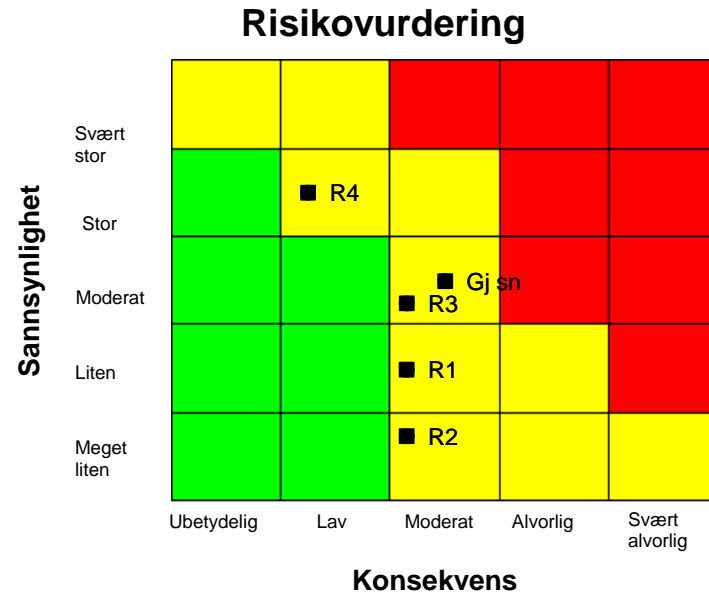
Hensynet til ansatte				Risiko- vurdering		Risiko- nivå					Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K						S	K	
Gjns risiko for målet:				3	3	Middels							
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/merknaad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Kirurger får en forverret arbeidssituasjon	Det er en trivselsfaktor for alt operasjonspersonell å kunne operere uforstyrret fra den øvrige aktiviteten på et akuttsykehus	Kirurgene fra Hammerfest slipper å pendle til Alta med unntak av en ØNH kirurg som bor i Alta. Han må da pendle til Hammerfest for å operere (ca 120 inngrep/år, 2023)	2	3	Middels							
R2	Anestesipersonell får en forverret arbeidssituasjon		Vi leier i dag inn pensjonert anestesipersonell	1	3	Middels							
R3	Annet operasjonspersonell får en forverret arbeidssituasjon	Operasjonssykepleierne får en hverdag som blir negativt påvirket fordi de ikke får utøve sin spesialutdanning lokalt. Det er imidlertid verd å bemerke at de berørte allerede i dag utfører andre oppgaver i perioder det ikke er kirurgi i Alta.	Finnmarkssykehuset har ambisjoner om å øke annen aktivitet i Alta som kan tenkes i stor grad å være sykepleierdrevet. Det kan medføre nye, interessante arbeidsoppgaver. Det vil også være mulighet for å arbeide i Hammerfest dersom ønskelig	3	3	Middels							

Risikoområde nr 3:

Hensynet til ansatte

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

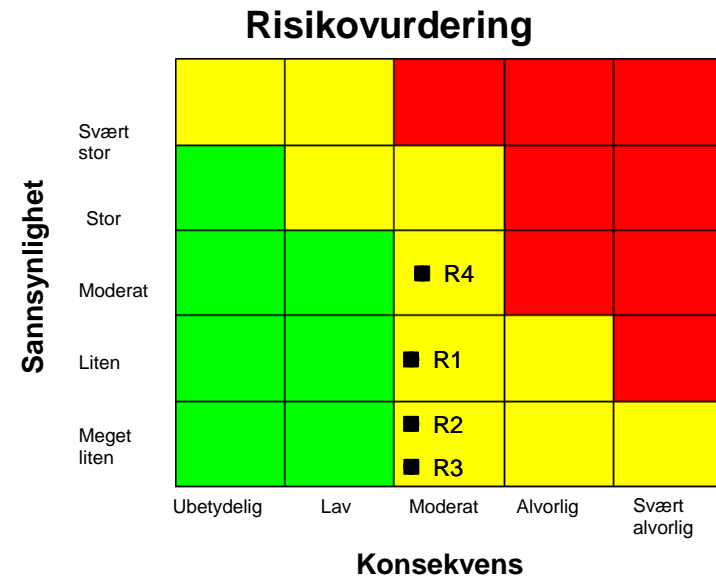


Risikoområde nr. 4:

Kompetanse/ Utdanning

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Risikoidentifikasjon og analyse

Ansvarlig:

Hovedmeny

Risikomatrise, se under

Enhet:

Avvikling av dagkirurgi Alta

Dato: 25.01.2024

Veiledning

Risikoområde nr 5:

Risiko før tiltak

Deltakere i prosessen:

Risiko etter tiltak

Økonomi	Risiko-vurdering		Risiko-nivå							Risiko-vurdering		Risiko-nivå
	S	K		S	K							

Gjenn risiko for målet:

2 3 Middels

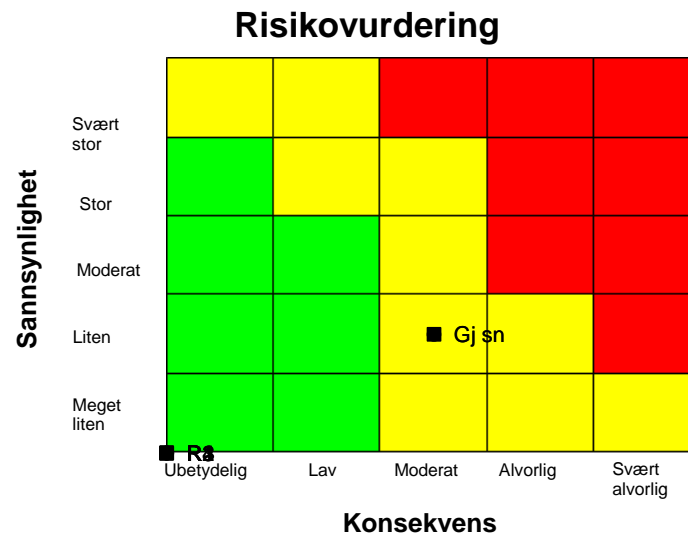
Risiko nr	Risikomomenter	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Risikoeier:	Nye tiltak:	Ansvarlig:	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Flytting av dagkirurgisk virksomhet leder til redusert ISF-inntekt for foretaket	Dersom vi ikke klarer å absorbere aktiviteten som flyttes er det isolert sett riktig.	Det er god kapasitet til å absorbere all kirurgi fra Alta i Hammerfest dersom vi ønsker, jf. risikoområde nummer 1, men vi skal uansett ikke basere oss på ISF-inntekt for inngrep som prioriteringsmessig ikke står seg. Da må vi dreie aktiviteten vår slik at vi bruker operasjonsressursene rett. Vi må i den sammenheng være forberedt på at en dreining av kirurgisk aktivitet midlertidig vil kunne gi oss en reduksjon i ISF-inntekt. Det er videre viktig å være klar over at ISF-inntekten ikke nødvendigvis gjenspeiler de faktiske variable kostnadene ved inngrepet.	2	3	Middels							
R2	Flytting av dagkirurgisk virksomhet leder til økte personalkostnader		Vi sparer tvert om kostnader forbundet med pendlergodtgjørelse samt eventuelt innleie for å dekke "hull" der personalet ambulerer fra.	1	3	Middels							

Risikoområde nr 5:

Økonomi

Når risikovurdering før og etter tiltak er utfylt er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak



Thoralf Enge

Hammerfest 02.02.2024

Kommentarer til ROS- analyse

Avvikling av dagkirurgi i Alta

Jeg har laget samlede kommentar som vedlegg til ROS -analysen. (Jeg er medlem i gruppen som gjorde analysen, men på grunn av endring av tidspunkt til sener på dage var jeg forhindret i å delta.)

Jeg mener vi ikke har kapasitet i akuttsykehusene våre til å opererer pasientene som flyttes fra Alta , og de som kan tas tilbake fra Aleris og fra DKI UNN og som primært kunne opereres i Alta. Og at de pasienten som hører til Hammerfest sitt opptaksområde for ortopedien sin del bør opereres i Alta eller Hammerfest (dersom Hammerfest er nærmest) da Kirkenes sykehus ikke har LIS3 i ortopedi.

Antall inngreps om kan flyttes tilbake til Finnmarkssykehuset over stiger klart det som her sakkes om som operasjoner på gal indikasjon. Jeg tar ikke stilling til indikasjonsstillingen her, men ber om at ortoped Houman Charani som opererer skulder i Alta invitere til å redegjøre for sin praksis og gi sin versjon av dette før styret har denne saken oppe til behandling på styremøtet 27. februar.

Det snakkes om å utnytte kapasiteten bedre ved bedre planlegging og reduksjon i blant annet stryk. Det er blitt jobbet over mange år med å øke aktiviteten og produktiviteten:- reduksjon i stryk, kortere skiftetider, første pasient tidligere på stuen, operasjonsplanleggingsmøter for å bedre driften, preoperativ poliklinikk;- vurdering av sykepleier med bla. BT , puls , EKG ,helseopplysnings skjema og blodprøver inkludert blodtype og antistoff screening.

Det er fare for økning av ventelistene , fristbrudd og øket pasient lekkasje . Det gir reduserte inntekter og dårlig omdømme. Det er klart mindre stryk i Alta enn i Hammerfest og jeg mener strykprosenten på ortopedi er klart lavere enn den gjennomsnittlige strykprosenten for alle de kirurgisk inngrepene i Alta.

Det blir mindre rom for å holde nede ventelisten for blant annet protesekirurgi (hofte og knær). Per i dag er det ca. 30 pasienter som venter på hofteprotese og ca. 31 som venter på kneprotese i Hammerfest. Det er ikke bra å flytte denne gruppen til Kirkenes fordi det går utover utdanning av våre LIS3 i ortopedi, som nevnt over har ikke Kirkenes LIS3 utdanning i ortopedi. Protesepasienten er også viktig for LIS2 i anesthesi med tanke på sine læringsmål/prosedyrekrav.

Ved for eksempel kun å gjøre DKI fra Hammerfest og nærområdet ved Hammerfest sykehus styrker en akuttlinjens ved Hammerfest sykehus. Det blir bedre kapasitet for akutt kirurgi. Og det kan være mulig å ha for eksempel et akutt team for ØHJ en dag i uke (for eksempel onsdager eller torsdager) Da styrker en også beredskapen på kveld og helg, det blir mindre fare for samtidskonflikter. Det er vanlig ved sykehus som gjør både elektiv og ØHJ å ha en egen traumestue. Denne stuen kan fylles med pasienter som kan kalles inn dagen før dersom det ikke er øyeblikkelig hjelp som ligger inne og venter på operasjon.

Hammerfest bør ha 2, ikke bare en traume dedikert ortoped slik at vi har et bedre tilbud og ikke trenger å sende fra oss så mange ortopediske traumepasienter. Det vil styrke Hammerfest som akutt sykehus. Vi ville øke vår inntjening og bedre utdanningen av LIS samt sykepleiere. Rekrutteringen av LIS3 ville bedres samtidig som det trolig ikke ville være nødvendig med dyre rekrutteringstilskudd. Per i dag gir LIS2/3 100 000 for å binde seg for 1 år, videre 150 000 for ytterligere 1 år. Og det gis 8000 per måned det først halve året i bostøtte. Med en bedre utdanning som kan oppnås ved tjeneste i Alta og flere tellende inngrep i Hammerfest vil det samlet virke rekrutterende og stabiliserende. De vil få en bedre utdanning hos oss både når det gjelder innhold og progresjon.

Ved å ha aktivitet i Alta vil en ha et mye større område å rekruttere blant annet operasjonssykepleiere fra. I Hammerfest er det 3 som slutter i løpet av det neste 1.5 året og 1 som går ned i 50 % stilling fra sommeren slik jeg er blitt fortalt i dag. Vi har en nyutdannet som er startet nå og det kommer en som på grunn av at mannen jobber i Hammerfest begynner å jobbe i Hammerfest i løpet av våren. Det er ingen som er under utdanning (utdanningen tar 18 måneder). Men vi har flere operasjonssykepleiere som jobber som vikar hos oss nå noen uker i året . Det er vanskelig å rekruttere fast ansatte.

Når det gjelder anestesipersonell drifter nå Alta stor sett med fast anestesilege og anestesisykepleier som ikke kommer fra Hammerfest. Det gjør at driften i Alta ikke svekker beredskapen på anesthesiavdelingen i Hammerfest.

Jeg har hørt at det fra klinikkjefen i Hammerfest snakkes om å få inn ett ekstra team i uke ved å ansette flere , men det vil koste ekstra.

Det vil være bedre å bruke resurser på å avlate Hammerfest sykehus med tanke på dagkirurgi og gi bedre plass for større elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp. Her har vi mulighet til å øke aktiviteten både når det gjelder elektiv inngrep som krever innleggelse og selv behandle flere av våre akutte traumer.

I Alta kan vi anslagsvis operere 20 – 25 uker i året på to stuer samtidig. Men det er lett å øke eller minke antallet uker per år etter behovet.

Vi bør øke med 1 ortoped og 1-2 LIS 3 i ortopedi ved Hammerfest sykehus. To LIS kan da være med til Alta når en opererer der (LIS i ortopedi eller kirurgi). Økt antall leger vil gi mindre behov for vikarer og vakansvakter.

Jeg har laget en egen presentasjon som viser mer utfyllende fordelene med 2 operasjonsstuer i Alta (det ble bevilget 15 millioner til blant annet å bygge en ny operasjonsstue i Alta , - slik at en ville hatt 2 nye godkjente stuer som kunne driftes samtidig og gi lavere driftskostnader / bedre inntjening per dag).

Vennlig hilsen

Thoralf Enge

FTV DNLF

