

Vår dato	Vår referanse
03-02-2017	
Deres dato	Deres referanse
06-01-2017	17/00188

Adm. direktør SSHF

Høring - de samlede akuttfunksjoner SSHF Flekkefjord

Rapporten som er til høring er vanskelig å få oversikt over. Modellene oppleves utydelig beskrevet, har mange forbehold og aspekter, og er vanskelig å lese som to klare modeller. Fordi det oppleves utfordrende å se hva man faktisk skal ta stilling til, er en del forhold diskutert i dette høringssvaret, uten at de relateres spesifikt til den ene eller andre modellen.

Høringsutkastet er sendt til alle avdelinger i klinikken, som er gitt anledning til å levere høringssvar direkte. Avdelingssjefene er oppfordret til å involvere aktuelle fagpersoner i diskusjoner. Klinikken gjennomførte en ROS-analyse i klinikkens ledermøte 30.1.17 (se vedlegg). I klinikkemøtet ble seksjonsoverlege for gastrokirurgisk seksjon, Hans Joachim Hauss invitert, for å sikre nødvendig kompetanse i diskusjonene.

Oppsummering

Klinikk for somatikk Kristiansand mener, ut fra en samlet vurdering av faglige, pasientsikkerhetsmessige og økonomiske forhold, at det fremtidsrettede valget er en modell uten traumefunksjon og akuttkirurgi i Flekkefjord. Det er vanskelig å se at opprettholdelse dagens drift vil være bærekraftig over tid, med tanke på fag, rekruttering, pasientsikkerhet og økonomi.

Flekkefjord bør fortsatt ha en tung indremedisinsk akuttvirksomhet, og en stor poliklinisk medisinsk virksomhet som bl.a. inkluderer onkologi, dialyse og oppfølging av et bredt spekter av pasienter med kroniske lidelser. I tillegg bør Flekkefjord fortsatt drive en elektiv kirurgisk virksomhet, innenfor selekterte pasientgrupper med en risikoprofil avstemt for sykehusets kompetanse.

De sykeste pasientene, og pasienter med behov for et bredt spekter av kirurgisk og medisinsk spisskompetanse ved akutt sykdom, blir allerede utredet, diagnostisert og behandlet i Kristiansand og Arendal (PCI), med unntak av noen få traumepasienter. Dette er en riktig utvikling, faglig sett. Mottak av alvorlige traumer (8-10 årlig) i Flekkefjord bør avvikles, fordi disse pasientene behandles best ved et sykehus med et bredt spekter av spesialiteter og grenvakter, og robuste traumeteam med erfaring.

Det er sterk bekymring for de faglige, pasientsikkerhetsmessige og økonomiske konsekvensene av å flytte store volum av elektiv virksomhet.

Postadresse Sørlandet sykehus HF Klinikk for somatikk Kristiansand Postboks 416 4604 Kristiansand	Besøksadresse Eg 4615 Kristiansand	Telefon 03738	Administrasjonsadresse Sørlandet sykehus HF Postboks 416 4604 Kristiansand	Foretaksregisteret NO 983 975 240 MVA Hjemmeside www.sshf.no
		Bankkonto 1503.27.07383	Telefon 03738	e-post postmottak@sshf.no

I det videre beskrives noen forhold mer inngående.

Turnuslege i første rekke

Det knyttes betydelig bekymring til at turnusleger skal vurdere pasienter på egen hånd, uten LiS eller overleger tilstede. Tilgang til erfarne leger (LiS, overleger) er viktig, både for å sikre læring, og for å unngå feilvurderinger og feildiagnostisering. Turnuslegen får – dersom turnuslegen skal vurdere pasienter alene - en «dørvokterfunksjon», der feilvurdering kan ha store konsekvenser for pasienter som feilaktig ikke videresendes til andre sykehus. Videre sending til andre sykehus forutsetter at den som vurderer pasienten faktisk oppfatter at pasienten har en tilstand som innebærer risiko, og det forutsetter igjen erfaring. Veilederen *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak* stiller krav om erfarne leger i første rekke. Dette kravet vil ikke være oppfylt. Det må finnes løsninger som sikrer nødvendig støtte for turnuslege i vurderinger. Belastningen for en ung lege i starten av karrieren, som gjør en feilvurdering med alvorlige konsekvenser, kan være stor.

Traumer og skadepoliklinikk

De siste årene har den tunge bukkirurgien i Flekkefjord blitt flyttet til Kristiansand, på bakgrunn av flere alvorlige avvikssaker. Fordi Flekkefjord vil ha et smalt spekter av spisskompetanse, vil ikke sykehuset kunne ha oppgaver knyttet til pasienter med behov for vurderinger fra et bredt spekter av kirurgiske spesialiteter.

Flekkefjord kan håndtere mye innenfor skadepoliklinikk, og bør beholde mest mulig av disse oppgavene, for å unngå unødvendig transport ved skader og mindre ukompliserte traumer som kan håndteres lokalt. Akuttmottaket i Kristiansand bør heller ikke belastes med flere slike oppgaver, av kapasitets- og plasshensyn.

Alvorlige traumer håndteres best ved sykehus med bred kirurgisk kompetanse, flere grenvakter og et robust anestesi/intensivtilbud. Volumet av alvorlige traumer (ca 8-10 årlig) er så lavt at det vil kunne håndteres innenfor vanlig forventet aktivitetsvariasjon i Kristiansand. Flekkefjord har gode tradisjoner på trening av traumeteam, men god traumebehandling forutsetter reell erfaring fra traumehåndtering. Ved omfattende og komplekse traumer etableres team på opptil 18 fagpersoner, dersom alle spesialteam utløses. Dette er utenfor det Flekkefjord vil kunne etablere. Heller ikke Kristiansand kan håndtere alle traumer. De mest omfattende traumene og alvorlige hodeskader behandles ved traumesenteret ved OUS Ullevål. Fagmiljøet i Kristiansand mener at opprettholdelse av dagens traumefunksjon i Flekkefjord utgjør en risiko for de få pasientene dette berører.

Overføring av pasienter innenfor kirurgi og ortopedi

Volumet av kirurgiske pasienter som eventuelt blir overført til Kristiansand i modell A er relativt lavt, og bare en tredjedel av pasientene opereres. Dette volumet kan håndteres innenfor normalvariasjonen i Kristiansand. Fordi de sykeste pasientene allerede behandles i Kristiansand, utgjør de nye pasientene en liten risiko i forhold til en presset intermediær/intensivkapasitet.

Flekkefjord kan bygge opp en nisjefunksjon innen ortopedi, forutsatt at klinikken lykkes i å rekruttere relevante ortopeder. Vesentlige strukturerte overføringer av pasienter kan ikke uten videre planlegges og gjennomføres. Dette er drøftet i arbeidsgruppen som har diskutert ortopedi i SSHF, og fremkommer av denne arbeidsgruppens rapport. Innenfor ortopedi kan øyeblikkelig hjelpvolumet fordeles annerledes enn i dag, men det vil være mer naturlig at størstedelen av dette fordeles til Arendal, ettersom Arendal per i dag har en bedre operasjonsstuekapasitet på dagtid og at øyeblikkelig hjelpkapasiteten på ettermiddag og kveld har en lavere utnyttelsesgrad enn SSK. Overføring av store volumer av pasienter med

behov for elektiv ortopedisk kirurgi anses som svært problematisk, ut fra dagens situasjon for ortopedi i SSHF.

Det er stor bekymring knyttet til det store volumet av dagkirurgi og poliklinisk aktivitet, som må overføres til sykehuset i Flekkefjord i begge modeller, mest uttalt i modell B, for å sikre at legene der har meningsfulle oppgaver, og for å sikre økonomien i klinikk for somatikk Flekkefjord. Dette volumet forutsettes primært å måtte komme fra opptaksområdet Agder, og dermed ta pasienter ut fra Arendal og Kristiansand.

Begge modellene legger til grunn at dagens legeressurser og operasjonspersonell skal videreføres og utnyttes på dagtid, og begge modeller forutsetter overføring av omfattende elektiv virksomhet til Flekkefjord. Konsekvensene av dette ble ikke diskutert i arbeidsgruppen som har drøftet de endelige akuttfunksjoner ved SSF, fordi beregningene er gjort i etterkant. Det er mer naturlig at bemanningen justeres etter driften og behovet i befolkningen, og ikke at fremtidens drift legges opp for å sysselsette dagens bemanning.

Dersom Kristiansand fortsatt skal ha grenvakter innenfor kirurgi, vil produktiviteten falle drastisk, fordi tilsvarende bemanningsreduksjoner ikke vil være forenlige med lovlige arbeidsplaner for legene. En uforholdsmessig høy vaktbelastning vil ha stor betydning for rekrutteringsmulighetene. Hvis man - for å kunne nedbemanne - skulle avvikle grenvaktene innenfor kirurgi, vil det innebære redusert pasientsikkerhet for alle pasienter på Agder med behov for spesialisert kirurgi og kreftkirurgi. Alternativt kan SSHF redusere egenbehandlingsgraden, hvilket igjen vil ha stor betydning for utvikling og rekruttering. Både traumeberedskap, kreftkirurgi og kirurgisk øyeblikkelig hjelpberedskap generelt for hele Agders befolkning vil bli vesentlig utfordret av dette.

Innenfor kirurgi har volum betydning for kompetanseutvikling og pasientsikkerhet. Gode kirurger utvikles gjennom tilstrekkelig volum av kompetansekrevede arbeidsoppgaver.

Den økonomiske situasjonen i Kristiansand – og eventuelt Arendal – vil også bli drastisk forverret, siden dagaktiviteten bidrar sterkt til finansieringen av virksomheten.

På bakgrunn av alle disse forholdene, er det vanskelig å se hvordan SSHF vil kunne flytte så store aktivitetsvolum som det her er snakk om til Flekkefjord. Alternativet blir da å redusere de økonomiske kravene til somatikken i Flekkefjord, og øke kravene til Kristiansand og Arendal tilsvarende, med de faglige konsekvenser og prioriteringsutfordringer det måtte ha. Dette aspektet er ikke utredet eller risikovurdert i rapporten.

Rekruttering og faglig utvikling

Generalistene forsvinner over tid innenfor medisinske og kirurgiske spesialiteter, og ny spesialitetsstruktur for leger betyr at generalister ikke vil bli utdannet i fremtiden. Den nye spesialiteten i akutt- og indremedisin kan bedre generalistkompetanse i front for lokalsykehusene i fremtiden. Både gastrokirurgi og ortopedi er fag med rekrutteringsutfordringer, særlig ved mindre sykehus. Etablering av større faggrupper med mulighet for grenspesialisering er allerede en viktig forutsetning for å rekruttere på disse områdene. Det er vanskelig å se at Flekkefjord, med et begrenset oppgavespekter, skal kunne rekruttere mange spesialister innenfor disse fagene. Å opprettholde en bred kirurgisk aktivitet og vakt, vil derfor måtte forutsette omfattende ambulering fra de andre sykehusene, med tilhørende konsekvenser for produktivitet og økonomi.

Medisinsk avdeling – styrking av LiS-bemanningen

Utredningen omhandler akuttfunksjoner Flekkefjord. Akuttfunksjoner på kirurgisk side er grundig beskrevet. De faglige konsekvensene av å øke med 3 LiS på medisinsk side er ikke tilsvarende beskrevet, og heller ikke diskutert med øvrige medisinske fagmiljøer på tvers av sykehusene eller ROS-analysert. Dersom Flekkefjord øker med 3 LiS, vil overlegesyktet kunne

avlastes, og det forutsettes at dette vil gi økt kapasitet til oppgaver knyttet til poliklinikk og døgnvirksomhet. Det må, på samme måte som for kirurgiske spesialiteter, beskrives hvilke oppgaver og fagområder dette er tenkt å påvirke, og hvilke konsekvenser dette eventuelt får for Kristiansand og Arendal.

Klinikk for somatikk Kristiansand støtter en desentralisert modell for medisinske fag, der lokalsykehus kan løse et bredt spekter av oppgaver, gjerne under veiledning fra større sykehus med bredere spekter av spesialiteter. En styrking av vaktapparatet med 3 LiS på bakgrunn av økt lokal aktivitet, er å anse som en ordinær prioritering innenfor budsjett, som ikke hører hjemme i denne høringen. Dersom økningen skal bidra til overføring av oppgaver fra Kristiansand, er den å anse som et strategisk valg, som må utredes tilsvarende. Kristiansand leverer faglige veilednings- og støttetjenester på en rekke områder innenfor indremedisinske fag, nevrologi og onkologi, og må involveres i diskusjoner om eventuelle endringer i oppgavespekter.

De økonomiske konsekvensene av å øke med 3 medisinske LIS er heller ikke redegjort for. Det er et betydelig ressurspådrag, som for Klinikk somatikk SSK og SSA vil ha som konsekvens at annen ønsket faglig utvikling må prioriteres ned.

Det kan fremstå som at overføring av et begrenset antall øyeblikkelig hjelp-pasienter innenfor kirurgiske fag til SSK fra SSF betinger at et omfattende volum av elektive pasienter må overføres motsatt vei. Det fremgår ikke av mandatet at dette er et premiss, og det er heller ikke diskutert i arbeidsgruppen. Logikken i en slik sammenheng må begrunnes.

Radiologi

Kapasiteten innenfor radiologi er allerede kritisk i Kristiansand, som har store behov for radiologisk kompetanse knyttet til kreftbehandling, nevrologi og andre fag. Det anses ikke realistisk å kunne rekruttere en robust radiologbemannning til Flekkefjord over tid – rekruttering er utfordrende nok ved større sykehus med muligheter for subspecialisering. En vesentlig økt aktivitet i Flekkefjord vil derfor måtte supporteres fra radiologmiljøet ved de to andre sykehusene. Kristiansand ønsker etablering av en intervensjonsradiologisk vakt i Kristiansand, som vil komme hele befolkningen på Agder til gode, og på kort sikt være viktig i forhold til etablering av cerebral trombektomi på Agder. Begge deler vil forutsette økt radiologbemannning i Kristiansand.

Intensivtransport

Beredskapsordningen for transport av intensivpasienter i SSHF er i dag begrenset til Arendal og Kristiansand. Ordningen er frivillig og består av spesialsykepleier og anestesilege i beredskap. I perioder er ordningen uten legeberedskap, særlig i helger og ferier, når legene har høy vaktbelastning på sine respektive avdelinger og ønsker å begrense antall beredskapsvakter ut over ordinær jobb.

Transport av intensivpasienter til og fra SSF hører ikke inn under beredskapsordningen, men i noen tilfeller brukes likevel beredskapspersonellet ved SSA/SSK for å hente intensivpasienter fra eller tilbakeføre pasienter til SSF. (I perioden 2014 - 2016 ble ordningen brukt til transport av 36 intensivpasienter til/fra SSF.)

Ved et eventuelt økt behov for intensivtransport i forbindelse med redusert kirurgisk virksomhet ved SSF, vil SSK – gitt dagens frivillige beredskapsordning – fremdeles ikke kunne dekke behovet til intensivpasienter som må transporteres i bilambulansse med følgepersonell. Disse transportene vil måtte bemannes med personell (lege og spesialsykepleier) fra SSF.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Nina Hope Iversen
klinikkdirektør

Vedlegg:

- ROS-analyse modell A
- ROS-analyse modell B

ROS-analyse av Modell A 2

Versjon 0.0, sist endret dd.mm.åååå

Risikoområde (sårbarhet)	Årsaker	Konsekvenser	Risiko før tiltak	Risikoreduserende tiltak	Risiko etter tiltak
1. Faglighet - pasienter som sendes til Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> • Lavt volum • Prosedyrer – ikke felles • Avhenger av volum og diagnoser som sendes 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav faglighet • Ulike indikasjonsstillinger • Ulikt medisinsk tilbud til befolkningen i Agder. 		<ul style="list-style-type: none"> • Seleksjon 	
2. Faglighet - pasienter som sendes fra Flekkefjord til Kristiansand	<ul style="list-style-type: none"> • Høyere kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> • 		<ul style="list-style-type: none"> • 	
3. Pasientsikkerhet (i Flekkefjord)	<ul style="list-style-type: none"> • Turnusleger som vurderer pasienter ved SSF 	<ul style="list-style-type: none"> • Feilvurderinger • Oversette skader • Mye bruk av bakvakt • Økt tidsbruk • Forsinket behandling 		<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter sendes direkte til SSK 	
4. Kapasitet for ø-hjelpkirurgi SSK	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenset kapasitet på operasjonsstuen – primært personellressurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet på behandling og redusert komplikasjonsrisiko • Mulig forsinket behandling pga transport, eventuelt operasjonskapasitet SSK • Økt komplikasjonsrisiko dersom behandling forsinkes • De sykeste pasientene er allerede flyttet til Kristiansand • Belastning hovedsakelig i helg 		<ul style="list-style-type: none"> • Øke operasjonskapasiteten SSK 	
5. Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Økt volum elektive operasjoner SSF • Redusert elektivt volum SSK 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedret tilbud på elektiv kirurgi SSF. • Ok forutsatt seleksjon 		<ul style="list-style-type: none"> • Forutsetter godt selekterte pasienter / operative inngrep 	
6. Økonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Uttak av elektiv ortopedi i Kristiansand • Kostbart å øke 3 LIS på medisin. • Mye passiv vaktid gir ikke 	<ul style="list-style-type: none"> • Frigir operasjonskapasitet i Kristiansand 		<ul style="list-style-type: none"> • 	

	tilsvarende inntjening			
7. Produktivitet SSK	<ul style="list-style-type: none"> Lavere andel elektiv kan redusere produktiviteten 	<ul style="list-style-type: none"> 		<ul style="list-style-type: none">
8. Rekruttering SSK	<ul style="list-style-type: none"> Tap av elektive pasienter dersom modellen forutsetter overføring av større volum 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre attraktivt for LIS å søke til SSK 		<ul style="list-style-type: none"> Ikke overføre store volum
9. Støttefunksjoner Lab-Rtg	<ul style="list-style-type: none"> Kapasitet Radiologi SSK kritisk 	<ul style="list-style-type: none"> Pasientsikkerhet – fristbrudd m.v. 		<ul style="list-style-type: none"> Økt radiologbemanning Kristiansand
10. Transport	<ul style="list-style-type: none"> Høye transportkostnader ved store volum 	<ul style="list-style-type: none"> Store volum som skal flyttes 		<ul style="list-style-type: none"> Samordning av transport – Helsebuss og lignende

”Definisjon” av fargekoder

- Rødt felt:** Kritisk risiko, nye risikoreduserende tiltak må iverksettes umiddelbart. Stans av aktuell aktivitet må vurderes
- Oransje felt:** Høy risiko, nye risikoreduserende tiltak må iverksettes.
- Gult felt:** Moderat risiko, nye risikoreduserende tiltak må vurderes
- Grønt felt:** Lav risiko, kan aksepteres uten ytterligere tiltak (åpenbare risikoreduserende tiltak bør vurderes)

ROS-analyse av Modell B 2

Versjon 0.0, sist endret dd.mm.åååå

Risikoområde (sårbarhet)	Årsaker	Konsekvenser	Risiko før tiltak	Risikoreduserende tiltak	Risiko etter tiltak
1. Faglighet - pasienter som sendes fra Kristiansand til Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> • Lavt volum • Prosedyrer – ikke felles • 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav faglighet • Ulike indikasjonsstillinger • Ulikt medisinsk tilbud til befolkningen i Agder. 		<ul style="list-style-type: none"> • Seleksjon • Felles fagråd/prosedyresamarbeid • Veiledning/støtte 	
2. Faglighet - pasienter som sendes fra Flekkefjord til Kristiansand	<ul style="list-style-type: none"> • Høyere kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> • • 		<ul style="list-style-type: none"> • 	
3. Faglighet - traumepasienter Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> • Traumevolum for lavt • 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenset erfaring • Uakseptabel risiko 		<ul style="list-style-type: none"> • 	
4. Pasientsikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Turnusleger som vurderer pasienter • Kirurg vurderer ortopediske pasienter store deler av døgnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Feilvurderinger • Oversette skader • Mye bruk av bakvakt • Økt tidsbruk • Forsinket behandling • Økt bruk av ortoped i Kristiansand 		<ul style="list-style-type: none"> • Høyere vurderingskompetanse 	
5. Kapasitet for ø-hjelpskirurgi	<ul style="list-style-type: none"> • Flere ø-hjelpspasienter innlegges i Flekkefjord enn i modell A2 • Færre ø-hjelpspasienter i Kristiansand enn i modell A2 	<ul style="list-style-type: none"> • Forsinket behandling og diagnose • Økt komplikasjonsforekomst • De sykeste pasientene er allerede funksjonsfordelt til Kristiansand • Noe lavere belastning i helg enn modell A2 for SSK 		<ul style="list-style-type: none"> • 	
6. Kvalitet Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> • Økt volum elektive operasjoner SSF • Redusert elektivt volum SSK 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedret tilbud på elektiv kirurgi SSF • Forutsetter seleksjon 		<ul style="list-style-type: none"> • 	
7. Kvalitet Kristiansand	<ul style="list-style-type: none"> • Forutsatt at store elektive volum flyttes fra SSK/SSA til 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusert kvalitet ved de to andre sykehusene 		<ul style="list-style-type: none"> • 	

	SSF for å gjøre modellen økonomisk bærekraftig			
8. Økonomi	<ul style="list-style-type: none"> Uttak av elektiv ortopedi i Kristiansand Kostbart å øke 3 LIS på medisin. Mye passiv vakttid gir ikke tilsvarende inntjening Øke med 1,5 kirurger 	<ul style="list-style-type: none"> Frigir operasjonskapasitet i Kristiansand Store volum elektiv virksomhet flyttes fra SSK/SSA til SSF – Store økonomiske konsekvenser Tilsvarende nedbemanning er utfordrende på bakgrunn av vakter ved SSK/SSA 		
9. Produktivitet SSK	<ul style="list-style-type: none"> Lavere andel elektiv kirurgi vil redusere produktiviteten 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Færre elektive operasjoner for LiS ved SSK – utfordrer læringsmål/utdanning for leger</i> 		
10. Bemanning	<ul style="list-style-type: none"> Nedbemanning SSK pga lavere volum/forverret økonomi 	<ul style="list-style-type: none"> Problematisk å opprettholde tilstrekkelig bemanning/vakter Rekrutteringsutfordringer 		
11. Rekruttering SSK	<ul style="list-style-type: none"> Tap av elektive pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre attraktivt for LIS og overleger å søke seg til SSK 		
12. Omdømme	<ul style="list-style-type: none"> Opplevd kvalitet er ikke nødvendigvis lik reell/faktisk kvalitet, målt mot harde endepunkt (utfall) 			<ul style="list-style-type: none"> Evaluerings/løpende kvalitetsovervåking
13. Støttefunksjoner lab-radiologi, Kristiansand	<ul style="list-style-type: none"> Kapasitet radiologi ved SSK kritisk allerede 			<ul style="list-style-type: none"> Øke radiologbemanningen
14. Støttefunksjoner lab-radiologi, Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> Kapasitet radiologi SSF Rekrutteringsutfordringer 	<ul style="list-style-type: none"> Bemanning må styrkes for å ta unna volumøkning Behov for mer avansert MR ved større elektive volum? Utfordrende å selektere 		
15. Transport	<ul style="list-style-type: none"> Høye transportkostnader ved store elektive volum som flyttes 	<ul style="list-style-type: none"> Store volum som skal flyttes 		<ul style="list-style-type: none"> Samorganisering av transport, eksempelvis helsebuss

”Definisjon” av fargekoder

- Rødt felt:** Kritisk risiko, nye risikoreduserende tiltak må iverksettes umiddelbart. Stans av aktuell aktivitet må vurderes
- Oransje felt:** Høy risiko, nye risikoreduserende tiltak må iverksettes.
- Gult felt:** Moderat risiko, nye risikoreduserende tiltak må vurderes
- Grønt felt:** Lav risiko, kan aksepteres uten ytterligere tiltak (åpenbare risikoreduserende tiltak bør vurderes)

