

Rapport etter ekstern kvalitetssikring av AD sitt saksframlegg for akuttfunksjoner i Flekkefjord – sak nr. 013-2017

Til : Sørlandet sykehus HF v/Administrerende direktør

Fra : Metier AS

Dato : 20. februar 2017

Kvalitetssikrer sin overordnede oppsummering

Kvalitetssikrer sitt hovedinntrykk er at AD gjennom prosesser og arbeidet med dette saksframlegget til styret, har ivaretatt og fulgt opp sin tidligere uttrykte intensjon om å gjennomføre prosesser som ivaretar involvering av interessenter og disse mulighet til å påvirke.

Slik vi leser saksframlegget har AD i sin innstilling hensyntatt flere av innspillene som fremkom i høringsrunden i januar/februar. Saksframlegget synliggjør, basert på høringsinnspillene, at det blant viktige interessenter er en ulik oppfatning av hva som er den beste fremtidige løsningen for akuttkirurgi ved SSF. Dette uttrykt gjennom modell A og B.

Vår vurdering er at alle interessenter som har levert høringsinnspill er blitt hørt selv om ikke alle innspill er blitt hensyntatt i AD sine forslag til vedtak. Vi mener dette ligger innenfor AD sitt myndighetsområde ift å gjøre faglige helhetsvurderinger i de saker han fremmer til styret.

AD har i sin innstilling til styret, med forslag til ti vedtak, utarbeidet et forslag som trolig vil ivareta Lister befolkningens behov for pasientsikkerhet og tilfredsstillende tilgjengelighet, selv om alle kirurgiske ØH-pasienter i fremtiden kan bli henvist til Kristiansand.

Det er i saksframlegget synliggjort at både modell A og B, som ble utredet i rapporten *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord*, og dannet grunnlag for høringsrunden innehar utfordringer. Omfang og type utfordringer i de to modellene varierer noe, dette er synliggjort. AD har ut fra en samlet faglig vurdering tydeliggjort i saksframlegget at modell B med traume og akuttkirurgi ikke bør føres videre. AD sin innstilling til vedtak har, slik vi vurderer det, bidratt til å endre og redusere risikobildet noe sammenliknet med modell A.

Samlet sett anser kvalitetssikrer at forslagene til tiltak, som er fremmet styret, vil bidra til å løse de overordnede sentrale utfordringer som er beskrevet i saksframlegget. Vår vurdering er at det således er konsistens mellom saksframleggets innhold og vurderinger samt de forslag til vedtak som AD nå fremmer overfor styret.

1. Bakgrunn

Sørlandet Sykehus HF (SSHF) har gitt Metier AS i oppdrag å gjennomføre en ekstern kvalitetssikring av saksframlegget, med tittel *Akuttfunksjoner i Flekkefjord* (sak nr. 013-2017), samt tilhørende forslag til vedtak. Saksframlegget er planlagt behandlet av styret torsdag 23. februar 2017.

Metier AS har tidligere gjennomført en ekstern kvalitetssikring av utredningen *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord* med vedlegg og tilhørende underlagsdokumentasjon. Vår kvalitetssikringsrapport for dette oppdraget ble levert til SSHF, 13. februar 2017.

Denne kvalitetssikringen av saksframlegget i sak 013-2017, er basert på følgende ny mottatt dokumentasjon (utover det som er ivaretatt i tidligere kvalitetssikring):

1. Administrerende direktør (AD) sitt samlede saksframlegg med sakstittel *Akuttfunksjoner i Flekkefjord*, med forslag til vedtak (ca. 150 sider).
2. Høringsinnspillene (totalt 24 stk.) sendt til SSHF fra interessenter på bakgrunn av høringsbrevet og høringsdokumentet *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord* med vedlegg og de to hovedspørsmål. Høringsfrist var 3. februar 2017.
3. Underlag (matrise) mottatt fra SSHF, som synliggjør hvordan innkomne høringsinnspill er ivaretatt og systematisert.

Kvalitetssikrer har, i uke 7-2017, mottatt tre versjoner med ulik modenhet av saksframlegget (jf. punkt 1). Vi har gjennom e-mail og muntlige samtaler gitt overordnede tilbakemeldinger på de to først mottatte versjoner. Våre innledende tilbakemeldinger har delvis vært knyttet til logikk i noen av resonnementene, noe rundt tekstlig framstilling og noe knyttet til sammenhenger mellom drøfting og delkonklusjoner. Vi har registeret at det har vært en betydelig utvikling i saksframleggets innhold og modenhet gjennom uke 7.

Denne rapporten er basert på foreliggende tekst i det samlede saksframlegg, som vi mottok på morgenen fredag 17. februar 2017. Følgelig kan det være ytterligere oppdateringer i saksframlegget vi ikke er kjent med, da dette eventuelt er oppdatert senere.

I kapittel 2 i denne rapporten presenterer vi vår gjennomgang av AD sine vurderinger, hans innstilling til styret med de justeringer som foreligger i forhold til modell A og B. Vi synliggjør hvor innspill fra tidligere ROS-analyser og høringsinnspillene er hensyntatt i Ad sitt saksframlegg.

I kapittel 3 gjør kvalitetssikrer en overordnet vurdering av konsistensen mellom beskrivelsene og vurderingene i saksframlegget og de ti forslag til vedtak som AD fremmer til styret.

Uavhengighet

Dette eksterne kvalitetssikringsoppdraget er gjennomført uten føringer fra oppdragsgiver SSHF. De vurderinger som fremkommer i denne rapporten gjenspeiler ekstern kvalitetssikrer sine vurderinger, gjort på selvstendig grunnlag.

2. AD sin innstilling - temaer og vurderinger

Basert på oppdragsbeskrivelsen for vår eksterne kvalitetssikring av saksframlegg 013-2017, samt presiseringer gitt av oppdragsgiver, har vi i vår gjennomgang av fremlagt dokumentasjon særlig fokusert på følgende temaer:

- a) Oppfølging og ivaretagelse av høringsinnspill og utført ekstern kvalitetssikring
- b) AD sin innstilling – justeringer ift modell A og B
- c) Risiko- og mulighetsstudier

2.1 Oppfølging og ivaretagelse av høringsinnspill og ekstern kvalitetssikring

Gjennomgang av foreliggende saksframlegg synliggjør at AD har gått gjennom, vurdert og hensyntatt flere av innspillene gitt i de 24 mottatte høringsinnspillene. Vi ser også at saksframlegget har fulgt opp kommentarer gitt i vår eksterne kvalitetssikring levert SSHF 13. februar 2017.

Kvalitetssikrer sin vurdering er at AD i saksframlegget til styret i sak 013-2017, har fulgt opp sin uttrykte intensjon om å gjennomføre en involverende og åpen prosess. Vi ser av mottatt dokumentasjon at høringsinnspillene er gjennomgått og systematisert. Vår oppfattelse er derfor at alle interessenter som har levert høringsinnspill er blitt hørt, selv om ikke alle de ulike innspill er hensyntatt i AD sin innstilling til styret.

I underkapittel 2.2 synliggjør vi eksempler på hvordan AD har hensyntatt innspill og vurderinger i høringsinnspillene, mottatt fra sentrale interessenter tidlig i februar 2017.

2.2 AD sin innstilling – justeringer ift modell A og B

Det fremkommer av saksframlegget at AD sine vurderinger og innstilling, blant annet, er basert på risikofaktorer analysert i tre foreliggende rapporter (i perioden 2014-2017), samt mottatt høringsinnspill.

Som medtatt i underkapittel 2.3 er det vår oppfattelse at det i saksframlegget er utført en oppdatert vurdering av risikoområdene. AD sin vurdering av det samlede risikobilde taler for å nedlegge det akuttkirurgiske tilbudet ved SSF som modell B bygger på. Modell A er følgelig vurdert videre.

Det er synliggjort i saksframlegget at AD sin innstilling til styret er en justering av modell A (fra rapporten *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord* datert 6. januar 2017). Se matrisen i tabell 1 under:

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

Tabell 1: Sammenstilling mellom modell A, modell B og AD sin innstilling, markert i grønt som endring av modell A.

2.3 Kvalitetssikrer sin vurdering

Som det fremkommer i *tabell 1* har AD i sin innstilling justert modell A noe, ved å gjøre tilpasninger i punktene nr. 9, 11, 13, 16 og 19.

Kvalitetssikrer sin vurdering er at justeringen av modell A er tydelig og svarer opp en samlet risiko og sårbarhetsvurdering og gjør grep som kombinerer pasientsikkerhet med kompetanse, aktivitet og bærekraft sett i et HF-perspektiv.

Punkt 9: Planlagt kirurgi ved SSF som ikke trenger beredskap

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- Det foreslås å utvide tilgangen/kapasiteten med to timer ift modell A.

Punkt 11: Akuttkirurgi

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- Alle kirurgiske øyeblikkelig hjelp pasienter henvises til Kristiansand. Pasientene sendes direkte til Kristiansand eller Stavanger dersom de ikke kan håndteres av legevakten.
- Ny spesialiststruktur for leger del 1 trer i kraft 1. september 2017. SSHF må utarbeide en plan hvor det legges til rette for gjensidig rotasjon mellom SSF og SSK/SSA, som sikrer at LIS1 i Flekkefjord får godkjent sine kirurgiske læringsmål, samt utarbeide en plan for rotasjon mellom SSF og SSA/SSK, som sikrer dette

I foreliggende ROS-analyse fra utredningen *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord* og fra tilhørende høringsinnspill fremkommer, slik kvalitetssikrer ser det, en bred enighet om at det ikke er forsvarlig at turnusleger skal vurdere pasienter alene på vakt.

Det er dokumentert i tidligere utredninger og i saksframlegget at det behandles relativt få kirurgiske pasienter ved SSF og det er en uttrykt bekymring for om personellet får tilstrekkelig trening i diagnostisering, vurdering og behandling. Det argumenteres med at det for å rekruttere kirurger, må kunne tilbys muligheter for grenspesialisering i et større fagmiljø.

Det fremkommer av høringsinnspillene av det foreligger en ulik oppfatning av hva som er den beste løsningen for akuttkirurgi ved SSF (jf. modell A og B). Majoriteten av høringsinnspillene anbefaler at modell B følges. Samtidig anbefaler flere høringsinnspill fra øvrige klinikker i SSHF og fylkeslegen en modell uten traumefunksjon og akuttkirurgi i Flekkefjord ut fra faglige, pasientsikkerhetsmessige og økonomiske forhold. I mottatt dokumentasjon har vi sett at AD har gått systematisk til verks i å gjennomgå og sammenstille alle de 24 mottatte høringsinnspillene.

En overføring av all akuttkirurgi og traumebehandling til SSK, slik det fremkommer i AD sin innstilling, vil vesentlig redusere risikoen for at en turnuslege på vakt blir stående alene med vurderinger av uavklarte kirurgiske pasienter. Videre elimineres logistiske uklarheter, siden alle akuttkirurgiske innleggelser og traumer styres til SSK hele døgnet, hele uken. Denne løsningen vil kunne ivareta den risiko som fremkom av ROS-analysen og som også er påpekt i høringsinnspillene.

AD sin innstilling vil gi en lenger, men etter hans vurdering en forsvarlig avstand/reisetid til ØH kirurgi, døgnet rundt.

Punkt 14: Ortopedi

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- SSF skal ha øyeblikkelig hjelp (ØH) ortopedi 24/7.

SSF skal ta imot planlagte og alle ortopediske ØH-pasienter.

Fra høringsinnspillene fremkommer det at det er ønsket at SSF ser på muligheter for å tenke større volum innen områder hvor SSHF har størst utfordringer innen ortopedi. ØH ortopedi 24/7, vil gi faglige ressurser og kompetanse som svarer opp ønsker om å øke kompetanse innen nisjer lokalt, regionalt og nasjonalt.

Sammenliknet med modell A gir AD sin innstilling økt nærhet til alle ortopediske tjenester. Tilbudet i ØH ortopedi 24/7 vil styrke kompetanse rundt tilgjengelig team ved vurdering og stabilisering av akutte hendelser.

Punkt 16. Samarbeid med legevakt lokalisert i sykehus videreutvikles

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- Samarbeid med legevakt lokalisert i sykehus videreutvikles

Innspill fra ROS-analysen viser at skadepoliklinikk bør være lokalt i Flekkefjord. Videre synliggjøres erfaringer at SSHF og kommunene har god praktisk samhandling med godt potensiale for videreutvikling. Dette kan videreutvikles ved å sikre nærmere samarbeid mellom legevakt og akuttmottak. Utredningen om akuttmedisinsk kjede beskriver at "bynære legevakter må ha utstyr og kompetanse til å avklare de fleste skadepasienter selv».

AD innstiller på å utvikle samarbeidet mellom akuttmottak og legevakten. Det er ønskelig at kommunen i større grad tar ansvar for diagnostikk og behandling på legevakten med støtte fra SSF. Det innebærer at SSF bidrar med veiledning, konfereringsmulighet for legevakten av vakthavende i SSHF, tolkning av røntgenbilder, mv.

Punkt 19: Ikke traumemottak (sendes SSK/ SUS) men funksjon for stabilisering og transport.

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- SSF må bidra til at pasienter, som er utsatt for en akutt hendelse, skal vurderes evt. stabiliseres og håndteres av aktuelt personale på vakt (anestesileger, medisinske leger, ortopeder, gynekologer, anesthesi- og akuttmottakssykepleiere).
- Aktuelt personell må gjennomgå kursing og trening, for å håndtere slike situasjoner, øve på stabiliserende tiltak samt trene på kommunikasjon med aktuelle samarbeidspartnere (traumeleder SSK, SUS, OUS). Personell ved legevakten i Flekkefjord bør også inkluderes i opplæringen. Traumeenheten i SSHF vil kunne bidra med opplæring og oppfølging, sammen med SSK.

Stabilisering:

Dersom all akuttkirurgi og traumebehandling overføres til SSK, reduseres risikoen vesentlig for at en turnuslege på vakt blir stående alene med vurderinger av uavklarte kirurgiske pasienter. Videre elimineres logistiske uklarheter, siden alle akuttkirurgiske innleggelser og traumer styres til SSK hele døgnet, hele uken.

Transport:

AD har i sin innstilling gjort følgende justeringer av modell A:

- Ambulansepersonell i SSHF bør på kort sikt ha utvidet opplæring for å kunne gjenkjenne disse pasientene.

Det fremkommer gjennom ROS-analysen og i høringsinnspillene at det er ulik oppfatning av risiko ved transport. Det er dokumentert at pasienter i Flekkefjord området vil få økt avstand til akutfunksjoner i kirurgi eller traumemottak, dersom det akuttkirurgiske tilbudet ved SSF nedlegges.

AD presiserer i sin vurdering at tilgjengelighet til et akuttkirurgisk tilbud ikke utelukkende handler om tilgang til fysiske lokaler og helsepersonell på vakt, men tilgang til helsepersonell med rett kompetanse som har omfattende mengdetrening og optimale støttefunksjoner rundt seg. Innstillingen til AD gir en lenger, men etter hans vurdering en forsvarlig avstand/reisetid til ØH-kirurgi hele uken.

Ambulansekapasiteten i Lister er også vurdert å være svært god. Det fremgår at dagens kapasitet vil kunne betjene Listers behov uavhengig av valgt modell. Det fremkommer av høringsinnspillene at de 7 ambulansene i Lister har betydelig lavere utnyttelsesgrad enn en del andre stasjoner i Agderfylkene og vil derfor ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta endringer i transportmønsteret. Sannsynligheten for at en akutt skadet eller syk pasient ikke skal kunne transporteres effektivt og sikkert fra Lister til SSK eller SUS, er vurdert som svært liten.

2.4 Risiko- og mulighetsstudier

Tre ulike rapporter har belyst risiko og sårbarhetsområder knyttet til ulike veivalg og modeller for fremtidig organiseringen av SSHF:

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

ROS-analyse SSHF for *Utviklingsplan 2030* har lagt til grunn følgende vurderingskriterier for de ulike driftsmodellene, for å belyse utviklingsplanens aktuelle risikoer og sårbarheter knyttet til de driftsmodellene og prinsipielle strukturvalg.:

- faglig kvalitet
- helhetlige pasientforløp
- tilgjengelighet
- økonomi.

I rapporten *SSFs funksjoner i SSHF - Bærekraftig driftsform for fremtiden* (2015) er risiko og sårbarhet belyst etter samme vurderingskriterier som i ROS-analysen, men begrenset til den

anbefalte modell i rapporten *SSFs funksjoner i SSHF - definere fremtidige roller og funksjoner* opp mot eksisterende driftsmodell. Den relative risikoen for denne aktuelle modellen ble av prosjektgruppen vurdert som tilnærmet uendret, holdt opp mot eksisterende modell.

I rapporten *De samlede akutfunksjoner SSF; ROS-analyse* er det gjort en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til to konkrete modeller for videre drift ved SSF der hovedvariabelen ble knyttet til hvorvidt SSF viderefører tilbudet om akuttkirurgi eller ikke. Det fremkommer imidlertid at metodikken er forenklet og overordnet med bakgrunn i tidspress.

AD synliggjør i saksframlegget at han ønsker konsistens mellom den planlagte utvikling av SSF og den overordnede *Utviklingsplan 2030* for SSHF. Saksframlegget legger derfor til grunn metodikk og kriterier i ROS-analysen knyttet til *Utviklingsplan 2030* i denne saken. De to øvrige ROS-analysene bidrar til risiko- og sårbarhetsbilde i sakens helhetsvurdering. Det er også kommet innspill til ROS-analysen i høringssvarene. Disse inngår i AD sin samlede vurdering.

Metodisk sett oppfatter AD at modell 1 fra ROS-analysen til *Utviklingsplan 2030* i denne saken kan likestilles med det å videreføre full kirurgisk akuttberedskap ved SSF. Modell 2 kan likestilles med delt akutfunksjon i kirurgi mellom SSF og SSK, for eksempel på tentative diagnoser eller på variasjon i åpningstilbud gjennom døgnet. Modell 3 kan likestilles med at all akuttkirurgi er samlet ved SSK.

De ulike elementer fra ROS-analysene i 2015 og 2017 er drøftet og vurdert under vurderingskriteriene i *Utviklingsplan 2030* (faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, tilgjengelighet og økonomi).

Risikobildet for modell B

En vurdering av risikoområdene "faglig kvalitet", "helhetlige pasientforløp" og "økonomi" taler etter AD sitt syn klart for å nedlegge det akuttkirurgiske tilbudet ved SSF. Risikoområdet "tilgjengelighet" kan isolert sett tale for å beholde det akuttkirurgiske tilbudet ved SSF, men "tilgjengelighet" kan ikke vurderes som en løstrevet parameter. En tilgjengelighet som ikke er forbundet med nødvendig faglig kvalitet og som ikke er økonomisk bærekraftig gir et falskt inntrykk av tilgjengelighet i befolkningen. Modell B er følgelig ikke valgt videreført av AD.

Analyse av sannsynlighet og konsekvens for Modell A / Modell AD

Overnevnte vurderinger er oppsummert i en risikomatrix med kvalitative vurderinger gjort ovenfor særlig identifiserte risikoer med hensyn til endring av modell A.

Vektet risiko i modell A

Denne analysen oppsummeringsmatrise viser en vektning vedrørende risiko- og sårbarhetsmatrise. Analysen oppsummerer risikoer for modellene og adresserer nødvendige justering for modell A og justerte tiltak som endrer risikobildet i AD sin innstilling.

Mulighetsanalyse

SSF jobber langsiktig med en målrettet satsning for å sikre forbedring av driften. Det skal gi bærekraftige resultater. AD sin analyse tar utgangspunkt i at en bærekraftig drift ved SSF er en forutsetning for å oppnå maksimal utnyttelse av samlet kapasitet

De samlede akutfunksjoner SSF; ROS-analyse, (6. januar 2017) fikk ikke tid til gjennomføring av mulighetsanalyse. Diverse mulighetsvurdering er imidlertid medtatt i

rapporten til *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord* fra høringsinnspillene og/eller foreslåtte tiltak fra ROS-analysen. AD synliggjør og argumenterer i saksframlegget for ulike mulighetsstudier, som han mener bør utredes videre for sikre en god helhetlig og mer økonomisk bærekraftig løsning.

3. Forslagene til vedtak – konsistens med utfordringene beskrevet i saksframlegget?

Det er i saksframlegget synliggjort at både modell A og B, som ble utredet i rapporten *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord*, og dannet grunnlag for høringsrunden, har vesentlige utfordringer. Omfang og type utfordringer i det to modellene varierer allikevel noe.

AD har ut fra en samlet faglig vurdering tydeliggjort i saksframlegget at modell B med traume og akuttkirurgi i Flekkefjord ikke bør føres videre.

Den modellen AD anbefaler (jf. også tabell 1) vil trolig bidra til å kunne redusere nivået på risiko angitt i modell A (jf. bla ROS-analysen av 4. januar 2017) til et mer akseptabelt nivå.

Videre har AD i sin utførte overordnet mulighetsanalyse medtatt en plan for iverksetting av oppfølgende mulighetsstudier, som vil kunne forbedre hans anbefalte løsnings bærekraft ytterligere.

Samlet sett anser kvalitetssikrer at forslagene til tiltak, som er fremmet styret, vil bidra til å løse de overordnede sentrale utfordringer som er beskrevet i saksframlegget. Vår vurdering er at det således er konsistens mellom saksframleggets innhold og vurderinger samt de forslag til vedtak som AD nå fremmer overfor styret.