

Rapport

Ekstern kvalitetssikring av utredningen «De samlede akutfunksjoner i Sørlandet sykehus i Flekkefjord»



13. februar 2017

Sammendrag

Oppdrag og mandat

Grunnlaget for denne eksterne kvalitetssikringen, utført av Metier med søsterselskap OEC, er følgende oppdrag gitt av Sørlandet Sykehus (SSHF), 28 desember 2016:

SSHF ønsker en ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen som beskrives i veilederen¹ er fulgt, og at det er sikret tilstrekkelige åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser i forbindelse med avklaring av akuttfunksjonene for sykehuset i Flekkefjord. Vedlagte revisjonstabell som er utviklet av RHF-ene angir hva som skal kontrolleres, og det forutsettes at dette primært utføres i form av dokumentkontroll.

Kvalitetssikrer sine overordnede vurderinger og hovedinntrykk

Vårt generelle hovedinntrykk er at det er gjort et relativt grundig og omfattende arbeid i prosjektet, særlig for å sikre åpenhet, god involvering av interessenter, forutsigbarhet i prosesser samt i å utarbeide gode beskrivelser av dagens situasjon. Underlag for prosjektarbeidet er gjennomgående godt dokumentert og belyst.

Samtidig er vår vurdering at prosjektet har hatt styringsutfordringer i form av svakere fremdrift enn det planer la opp til. Dette har trolig medført at prosjektet har fått mindre tid til å gjennomføre analyser av mulige og alternative modeller og ROS-analysen enn ønskelig.

ROS analysen er gjennomført med en bred og representativ deltakelse. Alle viktige interessenter synes å ha vært representert. Dette bidrar til å få frem ulike individuelle perspektiver og synspunkter, samtidig som åpenhet og involvering er ivaretatt.

Gjennomføringen av ROS-analysen og dens resultater er også preget av for lite tilgjengelig tid. Det er derfor gjort tilpasninger i metode og det har ikke vært tid til i felleskap å vurdere hverken risiko, sårbarhet eller tiltak. Dette har slik vi ser det både svekket prosessen og foreliggende resultater av analysen.

Vår hovedkonklusjon når det gjelder ROS-analysen er at den har begrenset verdi som videre beslutningsunderlag.

At det ikke er gjennomført en mulighetsanalyse er en åpenbar svakhet i foreliggende dokumentasjon.

¹ Med veileder forstås dokumentet *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Kvalitetssikrer sitt oppdrag og mandat.....	3
1.2	Grunnlagsdokumenter.....	3
1.3	Gjennomføring av kvalitetssikringen.....	4
1.4	Uavhengighet.....	4
1.5	Oppbygning av denne rapporten.....	4
2	Prosjektets prosess.....	6
2.1	Faktagrunnlag.....	6
2.2	Vurdering.....	6
2.2.1	Åpenhet, involvering og forutsigbarhet.....	7
2.2.2	Prosess og styring.....	8
2.3	Delkonklusjon.....	8
3	Alternativer - endring av akutfunksjon ved SSF.....	10
3.1	Fakta.....	10
3.2	Vurderinger.....	11
3.3	Delkonklusjon.....	13
4	Risiko og sårbarhetsanalysen (ROS).....	14
4.1	Fakta.....	14
4.2	Vurdering.....	14
4.3	Delkonklusjon.....	16
5	Oppsummering.....	18

Vedlegg 1: Vurderinger iht. revisjonstabell

1 Innledning

Metier og vårt søsterselskap OEC har på oppdrag fra Sørlandet sykehus (SSHF) gjennomført ekstern kvalitetssikring av rapporten «*Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord*», datert 6. januar 2017. Som del av kvalitetssikringen har vi i tillegg gått gjennom mer enn 90 andre dokumenter, mottatt fra oppdragsgiver. Disse dokumentene er direkte eller indirekte relatert til arbeidet og prosessene, som har ledet fram til prosjektet rapport *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord*.

Denne rapporten inneholder kvalitetssikrer sine funn i dokument gjennomgangen, samt kvalitetssikrer sine vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

1.1 Kvalitetssikrer sitt oppdrag og mandat

Følgende oppdrag/mandat er gitt av SSHF til ekstern kvalitetssikrer:²

«SSHF ønsker en ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt, og at det er sikret tilstrekkelige åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser i forbindelse med avklaring av akuttfunksjonene for sykehuset i Flekkefjord. Vedlagte revisjonstabell som er utviklet av RHF-ene angir hva som skal kontrolleres, og det forutsettes at dette primært utføres i form av dokumentkontroll.

Behov for møter og/eller intervjuer avtales mellom SSHF og leverandør.

For detaljer vises det til oppdragsbeskrivelsen utarbeidet av SSHF og tilbud fra Metier.»

Presisering av mandatet

Oppdragsgiver har på grunnlag av spørsmål fra kvalitetssikrer presisert følgende:

- Grunnlaget for at kvalitetssikrer skal anvende «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*», som sentral metodisk tilnærming er at rapporten *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord* vil inngå i det videre arbeid med å oppdatere U2030 og strategiplan 2018-20. Det er således viktig at de prinsipper som legges til grunn i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan er fulgt.
- Høringsinnspill mottatt på grunnlag utsendt høringsbrev 6. januar 2017 skal ikke inngå i denne rapportens vurderinger.

1.2 Grunnlagsdokumenter

Underlaget for kvalitetssikringen har vært følgende dokumentasjon, mottatt fra oppdragsgiver:

- a. SSHF: Høringsbrev: de samlede akuttfunksjoner Sørlandet sykehus Flekkefjord, datert 6. januar 2017

² Slik oppdraget fremkommer i kontrakt for ekstern kvalitetssikring mellom SSHF og Metier AS, datert 6. januar 2017.

- b. SSHF: Høringsdokument – samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord, datert 6. januar 2017, med vedlegg 1-4 (herunder ROS-analysen)
- c. SSHF: De samlede akuttfunksjonene i Sørlandet sykehus Flekkefjord, mandat datert 8. juni 2016
- d. HSØ: Protokoll fra foretaksmøte i Sørlandet sykehus HF, 8. juni 2016
- e. SSHF: SSFs funksjoner i SSHF - Bærekraftig driftsform for fremtiden, 26. mai 2015
- f. Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonal helse og sykehusplan
- g. SSHF: Utviklingsplan 2030
- h. Strategiplan 2015-2017

I tillegg til de overnevnte opplistede dokumenter foreligger ca. 85 ytterligere dokumenter i form av: Møtereferater, fremdriftsplaner, temabaserte orienteringer for prosjektgruppe, styringsgruppe og interessenter, diverse kvantitative oversikter, utviklingstrekk og analyser brukt som underlag i prosjektarbeidet, økonomioversikter, bemanningsoversikter, tidligere transportanalyser, nyhetsbrev, avisinnlegg, befolkningsframskrivninger, vaktplaner og diverse prosessbeskrivelser. Denne dokumentasjonen har også inngått i vår kvalitetssikring.

1.3 Gjennomføring av kvalitetssikringen

Kvalitetssikringen er gjennomført i perioden 9. januar - 13. februar 2017 i henhold det oppdrag/mandat som er gitt (jf. kapittel 1.1)

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner og Revisjonstabell utviklet av RHF-ene har sammen med annen sentral kvalitetssikringsmetodikk vært anvendt.

Kvalitetssikringen er basert på en helhetlig gjennomgang av den samlede mottatte dokumentasjon (jf. kapittel 1.2). Det er ikke foretatt selvstendige analyser av kvalitetssikrer.

Det er ikke gjennomført intervjuer eller samtaler med interessenter som har bidratt i utarbeidelsen av rapporten *Samlede akuttfunksjoner i Flekkefjord*.

1.4 Uavhengighet

Kvalitetssikringsoppdraget er gjennomført uten føringer fra oppdragsgiver. De vurderinger og anbefalinger som fremkommer i denne kvalitetssikringsrapporten gjenspeiler eksterne kvalitetssikrer sine vurderinger, gjort på et selvstendig grunnlag.

1.5 Oppbygning av denne rapporten

I kapittel 2 gis det først en kort fakta beskrivelse av det som fremkommer i mottatt dokumentasjon av anvendt prosess i prosjektets arbeid. Deretter presenteres kvalitetssikrer sine vurderinger av den gjennomførte prosessen opp mot de prinsipper for en god prosess som er lagt til grunn i veilederen. I vedlegg 1 gis en ytterligere utdypning.

I kapittel 3 presenteres første en faktadel som kort gjengir sentrale temaer i rapporten *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord* sitt innhold før kvalitetssikrer presenterer sine vurderinger.

I kapittel 4 gis det en kort fakta beskrivelse av ROS-analysen for modell A og B. Deretter gir kvalitetssikrer sin vurdering av analysen mhp. prosess, resultater og analysens verdi som beslutningsunderlag.

I kapittel 5 presenteres vår sammenstilling av våre vurderinger og hovedkonklusjoner.

2 Prosjektets prosess

I dette kapittelet gis det først en kort fakta beskrivelse av det som fremkommer i mottatt dokumentasjon av anvendt prosess i prosjektets arbeid. Dette i forhold til prinsippene som legges til grunn for arbeid med en utviklingsplan. Sentrale begreper i veilederen knyttet til prosess er åpenhet, interessenter og involvering og forutsigbarhet.

Deretter inneholder kapittelet kvalitetssikrer sin vurdering av den gjennomførte prosessen opp mot de prinsipper for en god prosess som er lagt til grunn i veilederen.

I vedlegg 1 gis en nærmere konkretisering av hvordan vi har vurdert prosessen med bruk av revisjonstabellen som det er vist til mandatet for kvalitetssikringen.

2.1 Faktagrunnlag

I perioden juni-september 2016 ble det utarbeidet et plangrunnlag som gav føringer om at prosessen i utredningsarbeidet som skal vurdere akuttkirurgi/traumemottak ved SSF, skal ta utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

Mandatutkast for arbeidet med å vurdere akuttfunksjoner ved SSF ble utarbeidet i juni 2016. Det er senere gjort tilpasninger til mandatet basert på mottatte innspill, slik at endelig mandat forelå rundt 1. november 2016.

Det er utarbeidet en overordnet fremdriftsplan som angir milepæler knyttet til delaktiviteter og ferdigstilling av utredningen.

2.2 Vurdering

Kvalitetssikrer vil innlede vår vurdering av prosess med å peke på to dimensjoner som normalt er viktig for å etablere og oppnå gode prosesser i denne type utredningsarbeid; god involvering og tilstrekkelig styring.

Hensiktsmessig involvering av interessenter bidrar til å sikre at alle viktige behov og perspektiver blir tilfredsstillende belyst, samt at det legges grunnlag for å skape forankring om prosessens vurderinger og anbefalt løsning. Styring er samtidig viktig for å sikre at leveranser oppnås i samsvar med gitt mandat, blant annet ved at det oppnås tilstrekkelig fremdrift i prosessen.

Vårt hovedinntrykk er at prosjektet på en meget god måte har ivaretatt de viktige aspekter ved involvering, men i mindre grad lykkes med styringen av prosesser som skal bidra til mandatets leveranse på riktig tid.

Vi gir her vår overordnede vurdering av åpenhet, involvering og forutsigbarhet.

2.2.1 Åpenhet, involvering og forutsigbarhet

Det er meget godt dokumentert, i mottatt dokumentasjon, at SSHF har vektlagt at utredningsarbeidet/prosjektet skal planlegges og gjennomføres med en prosess som åpen, involverende og forutsigbar.

Åpenhet

Vår vurdering er at både planprosessen og selve gjennomføringen av utredningen/prosjektet har foregått i åpenhet. Det har vært mulig for alle interessenter å kunne følge prosessen.

Det er dokumentert at prosjektet har iverksatt flere konkrete kommunikasjonstiltak i perioden fra juni 2016 til januar 2017 for å ivareta og følge opp veilederens beskrivelse av hva som inngår i åpenhet.

Vår vurdering er at SSHF på en meget god måte har lagt til rette for at det har vært mulig å følge prosessen i prosjektet både for interne og eksterne interessenter.

Interessenter og involvering

Det er dokumentert at det er gjennomført en interessentkartlegging, som omfatter både interne og eksterne interessenter. Kvalitetssikrer legger til grunn at den kartlegging som er gjennomført er dekkende iht. veilederens føringer om at det ved oppstart skal gjøres en interessentanalyse.

Da denne utredningen, akuttfunksjoner ved SSF, er et bidrag til senere oppdatering av helseforetakets Utviklingsplan 2030 (U2030), mener kvalitetssikrer at det den interessentkartlegging som er gjort allikevel er tilfredsstillende. Det vektlegges i denne sammenheng at aktør/interessentbildet eksternt og internt fremstår som relativt kjent og oversiktlig for SSHF og prosjektet.

Prosjektet har på en god måte involvert viktige interessenter. Dette er blant annet gjort gjennom en bred representasjon i styrings- og prosjektgrupper. Det er dokumentert at prosjektet har lagt til rette for at interessentene selv kan avgjøre om de vil involveres eller bare informeres. En kommunikasjonsplan er utarbeidet og synes å være fulgt opp med konkrete tiltak for å understøtte involvering og informasjon. Samspeillet mellom prosjekt- og styringsgruppen synes å ha fungert tilfredsstillende.

Vår vurdering er at berørte kommuner, brukerutvalg, tillitsvalgte og andre interessentgrupper er involvert på en god måte. Dette gjelder i planprosesser, gjennomføring av prosjektet og i forhold til påfølgende høring. Det er videre dokumentert at det er gjennomført to dialogmøter mellom SSHF og HSØ.

Forutsigbarhet

Basert på mottatt dokumentasjon er vår vurdering at forutsigbarheten i prosjektet har vært tilfredsstillende. Det har vært tilgjengelig informasjon, som har gjort det mulig for interne og eksterne interessenter å kunne forstå hva som foregår når og hvor beslutningspunktene er. Dette innbefatter også de videre milepæler våren 2017.

Kvalitetssikrer vil samtidig påpeke at det avvik som foreligger mellom presenterte fremdriftsplaner og faktisk gjennomføring kan ha svekket forutsigbarheten i prosjektet. Det omtalte avviket kan knyttes til at prosjektet ikke fullt ut har lyktes i

å styre i samsvar med de milepæler som er satt i plangrunnlaget. Dette kan ha svekket forutsigbarheten i prosessen. Kvalitetssikrer vil samtidig framheve at plangrunnlaget flere ganger i utredningsperioden har blitt revidert, blant annet i erkjennelsen av at utredningsprosessene viste seg å ta lenger tid enn planlagt.

2.2.2 Prosess og styring

Vårt hovedinntrykk er, som nevnt over, at prosjektet på en meget god måte har ivaretatt de sentrale elementer som sikrer åpenhet, involvering og forutsigbarhet i prosessen. Samtidig er vår vurdering at prosjektets prosesser ikke har hatt den fremdrift som er lagt til grunn i plangrunnlaget. Det vises her til fremdriftsplanen som er presentert i kapittel 3.5 i prosjektets rapport.

Årsakene til forsinket fremdrift i prosjektets prosesser synes ut fra foreliggende dokumentasjon å være flere, herunder at det har tatt vesentlig lenger tid å få etablert prosjekt- og styringsgruppen enn antatt. Prosjektleder har i liten grad hatt mulighet til å påvirke dette, da dette skyldes forhold utenfor dennes påvirkning.

Selv om forsinkelser i fremdrift synes å ha vært opp mot 2 måneder ift plan har fastsatt milepæl knyttet til leveranse av rapport vært opprettholdt. Kvalitetssikrer sin oppfatning er at forsinkelsene trolig har bidratt til å påvirke arbeidsprosessene i prosjektet, særlig i siste del av arbeidet.

Det foreligger i rapporten gode beskrivelser av dagens situasjon for sentrale temaer, som er relevante ift det mandatet etterspør. Vår vurdering er at prosjektgruppen på en god måte har samlet inn og dokumentert nåsituasjonen av pasienttilbud, aktivitetsnivå og ressursituasjonen ved SSF.

Derimot er vårt hovedinntrykk at grunnlaget for vurdering av alternative modeller, kriterier og analyser har noe varierende kvalitet rent metodisk. En mer systematisk tilnærming i valg av og bruken av kriterier for å vurdere ulike mulige modeller, ville etter vår vurdering gitt en bedre og mer oversiktlig analyse. Det er eksempelvis vanskelig å forstå hvordan kriteriene (jf. kapittel 7.3) er fremkommet og hvordan disse er tillagt vekt i drøftingen av mulighetsrommet og de foreliggende alternativer. Kvalitetssikrer mener at det ville styrket utredningen om prosjektet i større grad hadde anvendt kriterier fra tidligere planarbeid, eksempelvis fra utviklingsplan 2030, Strategiplan 2015-17 og fra arbeidet gjort ifm SSFs funksjoner i SSHF – Bærekraftig driftsform. Dette ville trolig gitt en tydeligere sammenheng mellom det denne utredningen iht mandatet skal svare ut og de nevnte plandokumenter. Når man her har valgt andre kriterier burde de vært begrunnet hvorfor man har valgt å gjøre dette.

Når vi her trekker dette fram i vår prosessvurdering, er det fordi at analysene synes å bære preg av å ha vært gjennomført og sammenstilt under tidspress. Tydeligere kriterier og mer tid til modning i prosessen med å analysere og sammenstille alternativene, ville gitt en mer oversiktlig analyse og enda bedre forankring. En annen sentral konsekvens av at prosessen i siste fase synes å ha vært tidsstyrt er at ROS-analysen har mangler og svakheter (disse omtales nærmere i kapittel 4) begrunnet blant annet i mangel på tid.

2.3 Delkonklusjon

Kvalitetssikrer sitt hovedinntrykk er at prosjektets prosesser på en meget god måte har fulgt opp og ivaretatt prinsippene knyttet til åpenhet, involvering av

interessenter og forutsigbarhet, slik de fremkommer i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. For nærmere utdypning viser vi til vedlegg 1.

Samtidig er vår vurdering at prosjektet har hatt styringsutfordringer i form av svakere fremdrift enn det planen la opp til. Dette synes å ha medført at prosjektet har fått mindre tid til analyse av alternative modeller og ROS analysen enn ønskelig. Vår vurdering, basert på foreliggende dokumentasjon, er at mangler og svakheter i disse analysene er en konsekvens av at prosjektet i sluttfasen har vært tidsstyrt for å rekke de frister til leveranse som er satt..

3 Alternativer - endring av akutfunksjon ved SSF

I dette kapittelet presenteres først en faktadel som kort gjengir sentrale temaer i rapportens innhold, samt modeller som er vurdert og valgt. Deretter gis kvalitetssikrer sine vurderinger av disse temaene.

3.1 Fakta

Det er i henhold til mandatet for utredningen *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord* definert at SSF skal:

- Opprettholde og videreutvikle akutt diagnostikk og behandling av pasienter med hjerneslag og hjertesykdom.
- Følge opp igangsatt dialysebehandling og medisinsk kreftbehandling og sykdomslindring. Dette i samarbeide med aktuelle enheter i DDHF.
- Opprettholde status som fødeavdeling i tråd med gjeldene Fødeveileder.

Utredningen skal i henhold til mandatet legge følgende nasjonale retningslinjer, regionale strategier og føringer til grunn:

- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst (HSØ styresak 075-2012),
- Strategi for pasientsikkerhet og kvalitet (HSØ styresak 093-2013)
- Gjeldene Fødeveileder
- Ny nasjonale traumeplan.

Følgende dokumenter, analyser, vedtak, anbefalinger og erfaringer skal vektlegges i utredningen:

- Utviklingsplan 2030 (U2030)
- Adm. direktør sin beslutning 27. mars 2015 om at det ikke lenger skulle utføres større, akutte kompliserte bukoperasjoner ved SSF.
- ROS-analyse og samfunnsmessig konsekvensanalyse gjennomført av PwC, i forbindelse med arbeidet med U2030 i 2014 og 2015.
- Anbefalingene fra «SSFs funksjoner i SSHF – bærekraftig driftsform for fremtiden (2015)». «*Flekkefjord skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnkontinuerlig vakt, et bredt spekter av dagkirurgi og polikliniske tjenester, samt et godt utbygd diagnostisk apparat innenfor laboratoriemedisin og radiologi. Fødetilbudet skal videreføres.*»
- Mandat for kirurgisk virksomhet i SSHF. Erfaringene fra «operasjonsprosjektet» i Arendal fra 2015.
- Erfaringene fra «Rett drift - rett i drift» 2016 tas med i det videre arbeidet.

Adm. direktør har etablert en prosjektgruppe som har hatt som oppgave å gjennomgå akutfunksjoner, prehospitale tjenester og konkretisere et samlet akuttilbud i Flekkefjord.

Kvalitet og pasientsikkerhet har vært hovedfokus, med anbefaling av hvilke tilbud som anbefales videreført, hva som skal videreutvikles og hvilke modeller for fremtidig organisering av kirurgiske/ortopediske tilbud.

1. Det er gjort vurderinger av ulike modeller, både som fortsettelse av dagens virksomhet og modeller som baseres på større endringer i

- akuttilbudet. 2 stk. B-alternativer (B1 og B2) har basert seg på å gi mulighet for traumemottak ved SSF.
2. Ut fra 4 modeller er 2 valgt (A2 og B2) og medtatt i Ros-analyse og høringsalternativer som alternativ A og alternativ B.

3.2 Vurderinger

Nasjonal Helse- og sykehusplan

I henhold til veileder for utviklingsplan skal helseforetaket beskrive sykehusene ut fra de definisjoner av de fire sykehustyper som er gitt av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Utredningen har redegjort for Nasjonal helse – og sykehusplanens inndeling for alternative akuttsykehus (med eller uten akuttkirurgi), inkludert Stortingets presiseringer. Arbeidet med avklaring av dette skal være gjennomført innen 1. april 2017.

Kvalitetssikrer har ikke funnet at utredningen problematiserer sykehustype mht. traumemottak i forhold til NHSP. Det er ikke medtatt en egen transportanalyse eller vurdering av reisevei/ transporttid sammenliknet med andre tilsvarende HF/sykehus.

Kvalitet. Kirurgi ved lavt volum

I utredningen beskrives at kvaliteten på de kirurgiske og ortopediske inngrep er generelt god, dokumentert på de områder det finnes dokumentregistre. Det uttrykkes under kapittel 6.1 Kvalitet bekymring rundt inngrep som utføres svært sjelden. Da SSF i henhold til beslutning fra Administrerende direktør 27. mars 2015 ikke lenger skulle utføre større akutte kompliserte bukoperasjoner, meldes det at denne beslutningen må tas med i vurderingen om SSHF fortsatt skal ha traumemottak i Flekkefjord.

Kvalitetssikrer sin vurdering er at prosjektet bare i begrenset grad har drøftet problemstillinger knyttet til sammenhenger mellom kvalitet/volum og den overfor omtalte kvalitetsutfordringen ved SSF i alternativvurderingen og i ROS-analysen. En tydeligere drøfting av mulige problemstillinger ville ha styrket analysen.

Vurderte og forkastede modeller

- Ut fra overordnet mål om å velge en retning som sikrer et moderne sykehus rustet for fremtiden er modellene A1 og B1 forkastet. Modell A1 og B1 er begrunnet forkastet pga særskilt vektlegging av utfordring knyttet til bærekraftighet i forhold til økonomi og rekruttering. Begge gir betydelig økt legelønnskostnad. For Modell B1 sin del var prosjektgruppen omforent om at det ikke er realistisk å drive på samme måte som i dag, da det mangler pasientgrunnlag for to parallelle vaktlag med ortopeder og kirurger.
- Prosjektets prosess og begrunnelse for forkastede modeller er ikke bredt eller tydelig presentert. Kvalitetssikrer har derfor vanskeligheter med å forstå prosess og begrunnelse for etablering, vurdering og begrenning av modeller.

Valgte alternative modeller:

Modell A (2)

- Modell A (A2) utelukker traumemottak og medfører relativt store endringer på det kirurgiske/ortopediske tilbud. Det baseres hovedsakelig på elektiv kirurgisk/ortopedisk tilbud, med Ø-hjelp kun på dagtid. Prosjektgruppen er delt i synet om modell A (A2) er faglig forsvarlig utover vanlig arbeidstid, spesielt pga turnuslege er alene. Det pekes på at modellen har muligheter for besparelser. Modellen kan gradvis bygges om fra dagens drift.

Modell B (2)

- Modell B (B2) gir mulighet for å opprettholde traumemottak og opprettholder mest mulig av dagens tilbud, med en bemanning som de fleste i gruppen mener kan være bærekraftig. Rapporten melder at SSF fyller traumeveilederenes krav per 2016, men noen av prosjektets gruppemedlemmer likevel stiller spørsmål om det er god nok kvalitet grunnet relativt lavt volum. Det er delt syn på om mulighet for rekruttering og kvalitetssikring ved lavt kvalitet grunnet relativt lavt volum. Det er også syn på om mulighet for rekruttering for dette alternativet.

Ø-hjelp / Traumemottak

Prosjektgruppen er delt i synet om kirurgiske og ortopediske ø-hjelp i SSF og med det hvilken av modellene som skal anbefales til administrerende direktør. Vurdering om videreføring av traumemottaket eller ikke er ulikt vurdert. ROS-analysen forelå ikke før gruppen leverte sin rapport, og kunne med det ikke tilføre utredningen synspunkter eller mulighetsvurderinger. Vår vurdering er at temaet Traumemottak er et kjernesporsmål i utredningen og argumenter pro og kontra kunne vært tydeligere synliggjort.

Prehospitale tjenester

Utredningen peker på at ambulansetjenesten har kapasitet og vil kunne håndtere forventede transporter til Kristiansand innenfor dagens kapasitet. Det er ikke pekt på sammenliknbare transportavstander for sammenliknbare sykehus. Dette vurderer vi som en svakhet ved analysen.

Økonomi

Prosjektgruppen har primært fokusert på fag og ressurser og ikke fokusert på den mest kostnadseffektive modellen. Det meldes at et pasientvolum på ca. 40 000 mennesker gir på langt nær grunnlag for vaktordninger for andre fag enn medisin. Videre betydelige utfordringer for vaktordninger på dagtid for kirurgi. Kostnadmessig kommer alt. B dårligst ut mht. legelønnsforbruk. Samlet økonomisk konsekvens for modellvalg er ikke gjort da dette ligger utenfor prosjektets mandat.

HF-perspektiv

Prosjektet har ikke hatt som mandat å peke på hvordan alternativene kan plasseres inn i et HF-perspektiv. Samtidig har konsekvensen av de ulike modeller stor innvirkning på øvrige sykehus, der hver av modellene innehar ulike utfordringer med hensyn til funksjonsdeling mellom helseforetakets sykehus i et HF-perspektiv. Det hadde styrket analysen om HF perspektivet var bedre drøftet.

Usikkerhet

Utredningen peker på usikkerhet og muligheter for de ulike alternativene, uten at det har vært anledning til å ta dette videre.

3.3 Delkonklusjon

Underlag for prosjektarbeidet er godt dokumentert og belyst, med godt definerte arbeidsoppgaver definert for prosjektgruppen. Kvalitetssikrer har fått dette godt dokumentert ved omfanget av dokumenter som er tilsendt/gitt innsyn i.

Rapportens noe tynt begrunnede anbefalinger tyder på at det med fordel kunne vært avsatt mer tid til prosjektarbeid. Traumemottak er et kjernesporsmål i utredningen og argumenter pro og kontra kunne vært tydeligere synliggjort.

ROS-analysen ble ikke gjennomført mens prosjektarbeidet foregikk og arbeidet derfra kunne følgelig ikke medtas i arbeidet for bedre anskueliggjøring eller forbedring av modellene. Den usikkerhet som er angitt kunne vært avhjulpet med tid til vurdering av muligheter og tiltak.

4 Risiko og sårbarhetsanalysen (ROS)

I dette kapittelet gis det først en kort fakta beskrivelse av foreliggende ROS analyse for modell A og B. Deretter gir kvalitetssikrer sin vurdering av analysen mhp. prosess, resultater og analysens verdi som beslutningsunderlag.

4.1 Fakta

ROS-analysen av modell A og B er gjennomført i Flekkefjord 4. januar 2017. Hensikten med ROS analysen er å belyse risikobildet i de to modellene. På grunn av begrenset tilgjengelig tid og størrelsen på analysegruppen (21 deltakere), er en noe forenklet metode anvendt. Fokus var på å identifisere de mest signifikante risikoene i de to modellene gjennom en kvalitativ tilnærming. Etter anmodning fra prosjektgruppen ble hovedfokuset i analysen knyttet til følgende tre temaer/kategorier: Rekruttering av spesialister, faglig forsvarlighet og opprettholdelse eller nedleggelse av traumemottak i Flekkefjord.

Det foreligger individuelle vurdering av risikoer, kategorisert i temaer for hver av modellene. På grunn av tidspress ble ikke resultater eller tiltak diskutert i fellesskap. Resultater av analysen viser at det er gjennomgående ulik oppfatning av nivå på risiko mellom deltakerne av de kategorier/risikoer som er gjennomgått. Alle deltakerne i ROS-analysen har hatt anledning til å gi sin individuelle stemme. Det er identifisert risikoer og mulige sårbarheter ved begge modellene. Samlet sett er modell A vurdert av analysegruppen å ha høyere risiko enn modell B. Det er ikke gjennomført en mulighetsanalyse.

4.2 Vurdering

Kvalitetssikrer sin vurdering av fremlagt dokumentasjon av ROS analysen (*De samlede akutfunksjoner SSF – ROS-analyse*) er inndelt i følgende sentrale temaer:

Analysegruppen

Det vurderes som positivt at prosjektet har fått samlet en bred og representativ deltakelse i gjennomføringen av ROS analysen 4. januar 2017. Vår vurdering er at alle de viktige interessenter synes å være representert. Dette bidrar til å få frem ulike perspektiver og synspunkter, samtidig som åpenhet og involvering er ivaretatt. Det vurderes som riktig å hente inn en ekstern fasilitator.

Prosess og metode

Fasilitator, i ROS analysen fra Deloitte, trekker frem at det er gjort flere tilpasninger i innhold og gjennomføring av analysen på grunn av begrenset tilgjengelig tid. Vår vurdering er at metoden som er anvendt ivaretar på en bra måte det faktum at en ROS-analysen hovedsakelig er en kvalitativ risikovurdering, bygget på faglig skjønn og erfaring.

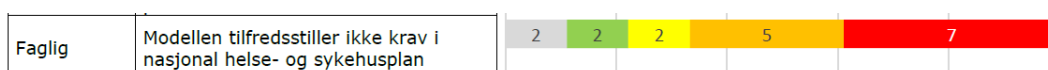
Risiko uttrykkes normalt ved å sette sannsynlighet for og konsekvenser av uønskede hendelser. Kvalitetssikrer sin vurdering er at den metodiske tilnærmingen som normalt ligger i bunn av en ROS-analyse her er noe svekket blant annet fordi sannsynlighet og konsekvens av identifiserte hendelser ikke ble vurdert pga tidspress.

Innspill og vurderinger som foreligger er basert på individuelle betraktninger hos analysedeltakerne. Det var ikke tid til å vurdere disse nærmere i fellesskap. Tiltak ble heller ikke diskutert i fellesskap på grunn av tiden tilgjengelig. At det ikke har vært tid til å diskutere risiko og tiltak i fellesskap har etter kvalitetssikrer sin oppfatning trolig svekket den samlede forståelse og forankring i analysegruppen.

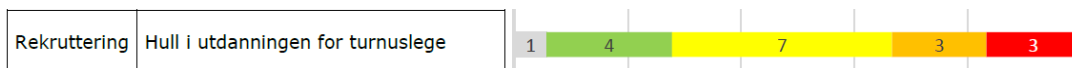
Analysens resultater

ROS analysens resultater viser at det er relativt betydelig ulik oppfatning av risiko og sårbarhet i de fleste temaer som er behandlet. Å få frem denne ulike oppfatningen er en verdi i seg selv.

Det er eksempelvis vesentlig ulik vurdering av hvorvidt modell A tilfredsstillende krav i nasjonal helse- og sykehusplan, se under:



Tilsvarende eksempel knyttet til rekruttering og hull i utdanningen for turnuslege:



Når det gjelder modell B er det vesentlig ulik vurdering av risiko knyttet til traumefunksjonen, slik:

Kategori	Risiko	Nivå				
Traume	For få kirurger til stede til å håndtere traumepasienter	2	8	6	2	
Traume	Risiko ved forbud mot akutt større buk-kirurgi; gir ikke nok erfaring når det må gjøres nødlaparotomi	7	3	6	2	
Traume	Manglende teknisk kompetanse på kirurg på grunn av lavt volum	4	7	6	1	

Det som er vist, som eksempler over, er de risikoer hvor det er mest markant ulik oppfatning av risiko og sårbarhet. Samlet sett viser de foreliggende resultatene av ROS-analysen at modell A er vurdert å ha høyere samlet risiko enn modell B, slik analysegruppen har vurdert de ulike temaene. De foreliggende resultatene av ROS analysen gjengir hvordan deltakerne på gruppesamlingen på individuelt grunnlag har vurdert risiko og sårbarhet. Dette skal man selvsagt ta på alvor.

Kvalitetssikrer mener allikevel at det er grunnlag for å reflektere over hvorfor det er såpass ulik oppfatning og gjennomgående stor spredning i oppfattelse av risiko i både modell A og B. Kvalitetssikrer overlater til SSHF å selv gjøre disse refleksjonene.

Kvalitetssikrer kan ikke se bort ifra at resultatene kunne sett noe annerledes ut dersom det hadde vært avsatt mer tid i ROS analysen og utveksling av synspunkter og vurderinger hadde blitt utført i fellesskap før individuell avstemning.

Kvalitetssikrer vil også påpeke at det er utfordrende å eventuelt skulle konkludere rundt foreliggende risiko og sårbarhet i modellene A og B. Selv om man har brukt samme fire kategorier for å sortere risikotemaer (Traume, Faglig, Rekruttering og Annet) er innholdet i mange av risikoene som er vurdert vesentlig forskjellige. Eksempelvis er ikke risikoen (under traume i modell A) «Modellen tilfredsstillende krav i nasjonal helse- og sykehusplan» vurdert under traume i modell B.

Flere av tiltakene som er listet i ROS-analysen kan relateres til ressurser og økonomi. Hvorvidt modellene er økonomisk bærekraftige synes ikke å ha vært vurdert i ROS-analysen. Det er mulig slike vurderinger vil bli gjort senere et HF perspektiv.

For å kunne sammenligne reell risiko mellom alternativer (her modeller) er det, etter kvalitetssikrer sin oppfatning, en fordel å bruke sammenlignbare hendelser/risikoer. Vår vurdering er at ROS-analysen bare delvis i risikovurderingen har brukt sammenlignbare hendelser. Følgelig er det vanskelig å sammenligne det samlede nivået på risiko og sårbarhet mellom modell A og B.

Manglende mulighetsanalyse

Vår forståelse, basert på fremdriftsplanen i prosjektet, er at det også skulle vært gjennomført en mulighetsanalyse, i tilknytning til ROS-analysen. Det vises her bla til mandatet for kvalitetssikringen (jf. kapittel 1.1) i denne rapporten og fremdriftsplan (kapittel 3.5) i rapporten *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord*.

At det ikke er gjennomført en mulighetsanalyse er etter kvalitetssikrer sin vurdering en åpenbar svakhet i prosjektets leveranser og foreliggende dokumentasjon.

Analysens verdi som beslutningsunderlag

Et sentralt spørsmål kvalitetssikrer vil fremheve er hvordan ROS-analysens resultater best kan anvendes i det videre arbeid, som input til Strategiplan 2018-2020 og U2030.

Det viktigste resultatet av ROS-analysen er at den viser at det er betydelig ulik vurdering og oppfatning av risiko og sårbarhet knyttet til modellene A og B. Dette har verdi i seg selv og bør gi innspill til videre prosesser og beslutningsgrunnlag. Hva denne ulike oppfatningen skyldes kan også være et tema uten at vi går videre inn i det.

Den store spredningen i vurdering av foreliggende risiko og sårbarhet i begge modellene, medfører etter at det ikke synes å foreligge et godt nok grunnlag for kunne konkludere hvilken av de to modellene som har høyest risiko og gir størst sårbarhet.

ROS analysen, slik resultatene foreligger, tilpasninger gjort i metode på grunn av manglende tid og de påpekte svakheter, bør etter kvalitetssikrer sin vurdering medføre at analysen gis en begrenset verdi som videre beslutningsunderlag.

4.3 Delkonklusjon

ROS-analysen er gjennomført med en bred og representativ deltakelse. Alle viktige interessenter synes å ha vært representert. Dette bidrar til å få frem ulike perspektiver og synspunkter, samtidig som åpenhet og involvering er ivaretatt.

Gjennomføringen av ROS-analysen synes å være preget av for lite tilgjengelig tid. Det er gjennomført tilpasninger i metode og det har ikke vært tid til i felleskap vurdere hverken risiko, sårbarhet eller tiltak. Dette vurderes å ha svekket prosessen og foreliggende resultater av analysen.

At det ikke er gjennomført en mulighetsanalyse er en åpenbar svakhet i foreliggende dokumentasjon.

ROS-analysen, slik resultatene foreligger, tilpasninger gjort i metodisk tilnærming på grunn av manglende tid og de påpekte svakheter, bør etter kvalitetssikrer sin vurdering medføre at analysen har en begrenset verdi som videre beslutningsunderlag

5 Oppsummering

Vårt generelle hovedinntrykk er at det er gjort et relativt grundig og omfattende arbeid i prosjektet, særlig for å sikre åpenhet, god involvering av interessenter, forutsigbarhet og å lage gode beskrivelser av dagens situasjon. Prosjektets analyser synes allikevel å være preget av at det har blitt for lite tid i sluttfasen av prosjektet til å kunne modne foreliggende resultater og konklusjoner.

Samtidig er vår vurdering at prosjektet synes å ha hatt styringsutfordringer i form av svakere fremdrift enn det planer la opp til når det gjelder milepæler. Dette synes å ha medført at prosjektet har fått mindre tid til analyse av alternative modeller og ROS enn ønskelig. Vår vurdering er at mangler og svakheter i prosjektets analyser er en konsekvens av at prosjektet i sluttfasen har vært tidsstyrt for å rekke leveransedato. Det vil si at det synes å ha vært viktigere å bli ferdig til riktig tid enn å prioritere kvalitet i de utførte dokumenterte analyser.

Underlag for prosjektarbeidet er godt dokumentert og belyst, med godt definerte arbeidsoppgaver definert for prosjektgruppen.

Rapporten *de samlede akutfunksjoner i Flekkefjord* sine noe tynt begrunnede anbefalinger tyder på at det med fordel kunne vært avsatt mer tid til prosjektarbeidet, eventuelt at prosjektet bedre hadde styrt fremdriften.

ROS-analysen er gjennomført med en bred og representativ deltakelse. Alle viktige interessenter synes å ha vært representert. Dette bidrar til å få frem ulike individuelle perspektiver og synspunkter, samtidig som åpenhet og involvering er ivarettatt.

Gjennomføringen av ROS analysen synes å være preget av for lite tilgjengelig tid. Det er derfor gjennomført tilpasninger i metode og det har ikke vært tid til i felleskap å vurdere hverken risiko, sårbarhet eller tiltak. Dette har slik vi ser det svekket prosessen og foreliggende resultater av analysen.

At det ikke er gjennomført en mulighetsanalyse er en åpenbar svakhet i foreliggende dokumentasjon.

	Kontroll	Ja/Nei	Hvordan
PROSESS. Har prosessen vært:			
Åpen	Har informasjon vært tilgjengelig for interessenter under arbeidet?	<u>Hovedinntrykk</u> JA <u>Deltemaer</u> Ja Ja Ja Ja	Mandat og prosjektsammensetning Det har vært åpenhet om mandat og prosjektsammensetning, informasjon er gjort tilgjengelig. Orienteringer: Det er dokumentert at det har blitt holdt flere orienteringer og presentasjoner i ulike fora om prosjektet. Kommunikasjonsplan: Det er utarbeidet en kommunikasjonsplan med en interessentoversikt, interessentroller og tiltak/kanal for involvering i ulike versjoner. Denne er oppdatert i prosessen, blant annet 15.nov.17. Kommunikasjonsplanen er anvendt i informasjonsarbeidet. Intranett: Sentrale dokumenter i arbeidet har vært tilgjengelig på egen prosjektside på intranett og i dokumentarkiv (Public 360).

		Ja	<p>Nyhetsbrev: Nyhetsbrev hver 14.dag til definerte interessenter medtatt i kommunikasjonsplan. Nyhetsbrevet oppsummere viktige møter med hovedsynspunkter.</p> <p>Media/presse: Pressemeldinger/omtale gjennom prosjektperioden.</p> <p>Høring Høringsbrev utsendt 06.01.2017 til et alle høringsinstanser med svarfrist 3. februar 2017.</p> <p>Mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lagt ut informasjon om hvordan prosjektet kan kontaktes ved behov, slik at det kan rettes spørsmål • Informasjon lagt ut i ulike kanaler
		Ja	
		Ja	
		Ja	
Forutsigbar	Interessenter kunne forstå når avgjørelser ville bli tatt	<p><u>Hovedinntrykk</u> JA</p> <p><u>Delområder</u></p> <p>Ja</p> <p>Ja</p>	<p>Plangrunnlag med milepeler utarbeidet: Fremdriftsplan med milepæler knyttet til beslutninger er utarbeidet og presentert</p> <p>Orienteringer/møter - gjennomført</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialogmøter, ordinære møtekanaler samt andre fora for direkte kommunikasjon. • To møter med Sørlandsbenken (stortingsrepresentanter) • Informasjon i Praksisnytt • To dialogmøter med HSØ

		<p>Nei</p> <p>Ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt med politisk miljø og rådmenn i Listerregionen. • Klinikkdirktører har vært tillagt ansvar for forankring i egen klinikk /interne interessenter • Pressemeldinger gjennom prosjektperioden. • Kommunikasjonsplan definerer som et av flere hovedbudskap at det samlede akutttilbudet for SSF skal avklares innen 1. april 2017. <p>Fremdrift iht. utarbeidede og kommuniserte planer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endelige leveransedatoer (hovedmilepæler) er holdt fast gjennom prosessen, men det er avvik mellom prosjektets framdriftsplan og gjennomføringsprosess. • Eksempel: ROS-analysen som var planlagt gjennomført i okt. 16; i realitet først gjennomført 3. jan 17. • Utredningsarbeidet synes i slutfasen å være preget av dårlig tid (utredningen synes å ha blitt tidsstyrt for å rekke gitte frister). <p>Høring Høring er sendt ut og gjennomført iht. kommunisert plan.</p>
Involverende	Ble det gjort interessentanalyse?	<p><u>Hovedinntrykk</u> JA</p> <p><u>Deltemaer</u></p> <p>Delvis ja</p>	<p>Interessentanalyse: Ikke dokumentert at det er utarbeide en helhetlig interessentanalyse. Det foreligger en interessentoversikt hvor en rekke interne og eksterne interessenter er identifisert (kapittel 3.6) Det som er dokumentert fremstår mer som et «skrivebordprodukt» enn en interessentanalyse hvor interessenters behov, påvirkningskraft og eventuelle konflikter ift vurderingsområdet er faktisk undersøkt. Samtidig vil vi fremheve at nok ikke er nødvendig med en helhetlig interessentanalyse for denne utredningen. Dette</p>

		<p>Ja</p> <p>Ja</p> <p>?</p>	<p>argumentert med at produktet ikke er en utviklingsplan, men et innspill til U2030 og strategi 2018-20. Det bør tillegges vekt at interessentbildet, internt og eksternt, er relativt oversiktlig for prosjektet.</p> <p>Involvering av kommuner, tillitsvalgte og brukere er ivaretatt gjennom styringsgruppe og arbeidsgruppe</p> <p>Det foreligger plan for informasjon til interessenter (kommunikasjonsplan. Tiltak beskrevet.</p> <p>Uteglemt interessent? Medisinsk serviceklinikk (MSK) ved SSHF? Er denne interessenten uteglemt eller representert gjennom annen interessent? MSK ivaretar laboratorie – og radiologitjenester samt husøkonom ved SSF.</p> <p>Kvalitetssikrer vil samtidig påpeke at det <u>ikke</u> synes å være uteglemt andre sentrale interessenter i kartleggingen.</p>
I dialog med kommunene	Kommunene har blitt involvert og ikke bare informert	<p><u>Hovedinntrykk</u> JA</p> <p><u>Deltemaer</u> Ja</p> <p>Ja</p>	<p>Aktiviteter som gir grunnlag for kommunal involvering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunene invitert i prosess med mandatutforming for utredningen • Det har vært utarbeidet en møtekalender som er blitt oppdatert i prosjektperioden for sikring av fremdrift og involvering mot kommuner. <p>Involvering av aktuelle kommuner Kontakt med politisk miljø og rådmenn i Listerregionen. Kommunene er involvert. Etablert dialog dokumentert gjennom referater.</p>

		Ja ?	<p>Høring Høring som grunnlag involvering tilrettelagt og gjennomført. Høringsutkast sendt alle aktuelle kommuner.</p> <p>Tidspress mot slutten av utredningen Tidspress mot slutten av utredningsperioden kan ha påvirket utredningen negativt fordi det kan ha svekket dialogen (ikke dokumentert)</p>
I dialog med eier	Har det vært dialog underveis?	<u>Hovedinntrykk</u> JA	<p>Dialogmøter er gjennomført. To dialogmøter mellom HSØ og SSHF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Møte nr. 1 er dokumentert i Protokoll av 8.juni .2016 • Møte nr. 2 av 24. august 2016 er dokumentert (brev av 14. sep 2016).
Brukerne har medvirket		<u>Hovedinntrykk</u> JA	<p>Involvering og informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • En brukerrepresentant i styringsgruppen • Brukerutvalg er med i referansegruppen; dokumentert deltakelse i 3 møter / protokoller
Tillitsvalgte har medvirket	Tillitsvalgte har hatt reell medvirkning	<u>Hovedinntrykk</u> JA	<p>Tillitsvalgtes dokumenterte medvirkning</p> <ul style="list-style-type: none"> • To foretakstillitsvalgte i styringsgruppen • Informasjonsmøter er gjennomført

			<ul style="list-style-type: none"> • Tillitsvalgte har hatt mulighet til medvirket i utforming av utredningens mandat (sommer/høst 2016) • Avtaleverk synes fulgt i prosessen (selv om det foreligger en protokoll som dokumenterer noe uenighet mellom tillitsvalgte og ledelse knyttet til mandatforståelse)
Kommunikasjonsplan foreligger		<u>Hovedinntrykk</u> JA	Kommunikasjonsplan er utarbeidet med møtekalender og tiltak. Oppdatert ved behov underveis i utredningsprosessen.
Ved endringer i sykehusenes akutfunksjoner skal disse planlegges sammen med kommunale akutt-tjenester	Fastleger, legevakt, DPS og lokalmedisinske sentra, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse vurderes i sammenheng	<u>Hovedinntrykk</u> JA <u>Deltemaer</u> Ja Ja ? Ja	<p>Endringer i akutfunksjoner Endringer av akutfunksjoner er dokumentert planlagt i direkte sammenheng med kommunale akutt-tjenester – jf. akuttmedisinsk kjede.</p> <p>Prehospitaltjenester Konsekvenser for prehospitaltjenester oppfattes ikke bredt vurdert for modellene A og B i rapporten. Kvalitetssikrer har blitt informert om at det pågår eget arbeid som ikke fremkommer av rapporten.</p> <p>Utstyr Ikke funnet dokumentasjon på at dette er utredet</p> <p>Kompetanse Kompetanse utredet for begge alternativene A og B mht akutfunksjon</p>

		Ja	Samlet akuttberedskap som helhet Den samlede akuttberedskapen er bare delvis sett i helhet da HF-ets samlede akuttberedskap ikke er omfattet av mandatet
		Ja	Etablerte samarbeidsløsninger Det er dokumentert at det er et tett samarbeid mellom legevakt, akuttmottak og skadepoliklinikk ved SSF. Det vises til paner og vedtak om akuttmedisinsk kjede.

Hva	Kontroll	Ja/Nei	Hvordan
RISIKO OG MULIGHETSANALYSE			
Har de riktige endringene blitt risiko- og mulighetsvurdert?	Risikoanalyse skal primært være knyttet til tiltakene og ikke forutsetningene	<u>Hovedinntrykk</u> NEI Nei Nei	Analysens hovedfokus Etter anmodning fra prosjektgruppen har hovedfokus for analysen vært å identifisere og vurdere nivå på risikoer knyttet til rekruttering av spesialister, faglig forsvarlighet og opprettholdelse eller nedleggelse av traumemottak i Flekkefjord. I tillegg har gruppen fremmet vesentlige risikoer knyttet til områder utover de overnevnte. Mulighetsvurderinger Ikke gjennomført (begrunnet i dårlig tid) Økonomiske konsekvenser Økonomiske konsekvenser av valg mellom modeller er i begrenset grad tydeliggjort. Mandatet for rapporten dekker ikke HF-perspektivet og gir følgelig ikke mulighet for vurdering av kvantitative verdier. Dog gir alternativene klare indikatorer basert på vaktordninger og legestillinger knyttet til disse.

<p>Er risikoanalysen tilstrekkelig i forhold til krav i veileder?</p>	<p>Analysen inneholder som minimum beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynlighet og konsekvens</p>	<p><u>Hovedinntrykk</u> NEI</p>	<p>Mangelfull sammenstilling av risikoer, ingen dokumentert fellesvurdering. Skyldes trolig dårlig tid i prosessen.</p> <p>Vi er usikre på om sammensetningen og deltakelse i ROS-analysen har vært balansert nok. Dette kan ha påvirket forståelsen av analysens hensikt og foreliggende resultater.</p> <p>Det er ikke identifisert nivå for henholdsvis sannsynlighet og konsekvens knyttet til tiltakene. Dermed uklart hvordan risiko kommer til uttrykk, utover de kvalitative formuleringer som foreligger.</p> <p>Gjennomføring av analysen er preget av knapp tid.</p>
<p>Er tiltak for å redusere risiko tilstrekkelig beskrevet?</p>		<p><u>Hovedinntrykk</u> NEI</p>	<p>Det synes å ha vært begrenset mulighet til å komme med kommentarer og foreslå tiltak for risiko for tidsbegrensingen i liten grad la grunnlag å diskutere tiltakene i fellesskap. Svak beskrivelse av tiltak.</p>
<p>Risikoanalysene involverer de som berøres av tiltaket</p>	<p>Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket inkludert «kommunene med flere»</p>	<p><u>Hovedinntrykk</u> JA</p>	<p>Deltakelse fra Flekkefjord og Lund kommune, Helsenettverket Lister og PTSS/prehospitale tjenester.</p>

<p>Det er gjort mulighetsanalyser sammen med risikoanalyser</p>	<p>Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes</p>	<p><u>Hovedinntrykk</u> NEI</p>	<p>Det er Ikke gjennomført en mulighetsanalyse pga for liten tid i gjennomføringen av ROS analysen.</p>
<p>Hva</p>	<p>Kontroll</p>	<p>Ja/Nei</p>	<p>Hvordan</p>
<p>ENDRINGER AKUTTFUNKSJONER</p>			
<p>Ved forslag om endringer i andre behandlingstilbud, er konsekvens for akuttfunksjoner/ akuttbehandling beskrevet?</p>		<p><u>Hovedinntrykk</u> JA</p>	<p>Det er gjort vurderinger av ulike modeller, både som fortsettelse av dagens virksomhet og modeller som baseres på større endringer i akutttilbudet.</p> <p>4 modeller har ut fra dette vært gjenstand for vurdering. Ut fra overordnet mål har gruppen valgt å forkaste modell A1 og modell B1 pga særskilt vektlegging av utfordring knyttet til bærekraftighet i forhold til økonomi og rekruttering. Prosess for valg og begrunnelser for å forkaste modeller er ikke bredt presentert.</p> <p>Gjenstående modeller A2 og B2 er med styringsgruppens tilslutning ROS-analysert og sendt til høring.</p> <p>Det er uenighet i prosjektgruppens syn på konsekvens.</p> <p>Det er i prosjektets dokumenter informert om saksframlegg styresak 037-2015 – Innskrenkning gastro kirurgi SSF, 23.05.15 og styrebehandling SSHF 25.04.15 vedr. stopp av akutt buk kirurgi ved SSF. Begrunnelsen for endring for akuttfunksjon/ akuttbehandling er beskrevet.</p>

			Risikoanalysen omtaler mulige konsekvenser for traumepasienter mht. transport og samtidskonflikter. Diverse info om luftambulanseaktivitet ved SSF v/med. leder Arendal er beskrevet.
Risikoanalyse dekker både pasientenes, kommunenes inkludert fastlegenes, og helseforetakets perspektiv		<u>Hovedinntrykk</u> NEI	<p>Vår vurdering er basert på deltakelsen i risikoanalysen. Her var de angitte interessenter representert direkte eller indirekte.</p> <p>Vår vurdering er allikevel at deltakelsen i analysen bare delvis har ivaretatt en balansert representasjon. Dette kan ha bidratt til en ubalansert fremstilling av faktisk risiko i de to alternativene A og B.</p> <p>At deltakerne på analysen ikke fikk anledning til å se både på muligheter for endringer og tiltak i de to alternativene, har trolig bidratt til å svekke verdien av den rådgiving som ROS analysen er ment å være.</p> <p>Kvalitetssikrer vil med bakgrunn i foreliggende avstemmingsresultater påpeke at det for flere av temaene er stor spredning i vurderingen av risiko. Det kan være ulike årsaker til dette, bla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulik forståelse av alternativenes innhold og usikkerhet. • Kan være et uttrykk for særinteresser og følelser • Ulik oppfattelse av faglig forsvarlighet. <p>Det opplyses at det i høringsbrevet er bedt om innspill på mer samarbeid med kommunene</p>