

# *Ekstern kvalitetssikring* Prosjekt Odda sjukehus

*Ekstern  
kvalitetssikring  
Prosjekt Odda  
sjukehus*

*7. februar 2017*



---

# Forord

Denne kvalitetssikringen er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers (PwC) på oppdrag fra Helse Vest RHF. Arbeidet omfatter prosjektet “Odda sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan”, og har pågått i perioden desember 2016 til januar 2017. Prosjektets sluttleveranser ble gjort tilgjengelig for PwC i perioden 3.-6. januar 2017.

Prosjektets prosess og leveranser har vært kvalitetssikret med utgangspunkt i “Veileder for arbeidet med utviklingsplaner” og “Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter”.

Prosjektteamet fra PwC har vært ledet av Knut Arne Askeland, og ansvarlig partner har vært Dagfinn Hallseth. Prosjektansvarlig i Helse Vest har vært Ingvill Skogseth.

Vi takker for et spennende oppdrag og godt samarbeid med oppdragsgiver underveis i arbeidet. Vi vil også takke alle informantene som har stilt opp til intervju underveis.

PwC, 7. februar 2017



Dagfinn Hallseth  
Partner



Knut Arne Askeland  
Prosjektleder

---

# *Innholdsfortegnelse*

[Forord](#)

[Innholdsfortegnelse](#)

[1. Sammendrag](#)

[2. Innledning](#)

[2.1 Oppdrag fra Helse Vest RHF](#)

[2.2 Bakgrunn for prosjektet som er kvalitetssikret](#)

[2.3 Forståelse av oppdraget](#)

[2.4 Organisering av kvalitetssikringsarbeidet](#)

[2.5 Metode](#)

[3. Kvalitetssikring av prosess](#)

[3.1 Prosessens åpenhet](#)

[3.2 Prosessens forutsigbarhet](#)

[3.3 Prosessens involvering og medvirkning](#)

[4. Kvalitetssikring av innhold](#)

[4.1 Kvalitetssikring ift. overordnete planer](#)

[4.1.1 Nasjonal helse- og sykehusplan](#)

[4.1.2 Nasjonal traumeplan](#)

[4.2 Kvalitetssikring ift. føringer og mandat](#)

[4.2.1 Mandat Odda Sjukehus](#)

[4.2.2. Utvidet mandat Odda Sjukehus](#)

[4.3 Kvalitetssikring av risiko- og mulighetsanalyser](#)

[4.4 Kvalitetssikring øvrige forhold](#)

[4.4.1 Samhandling med primærhelsetjenesten](#)

[4.4.2 Omstilling og effektivisering](#)

[4.4.3 Framtidig behandling og prioritering](#)

[4.4.4 Pasientsikkerhet og krav til kvalitet](#)

[4.4.5 "Sørge-for" ansvaret](#)

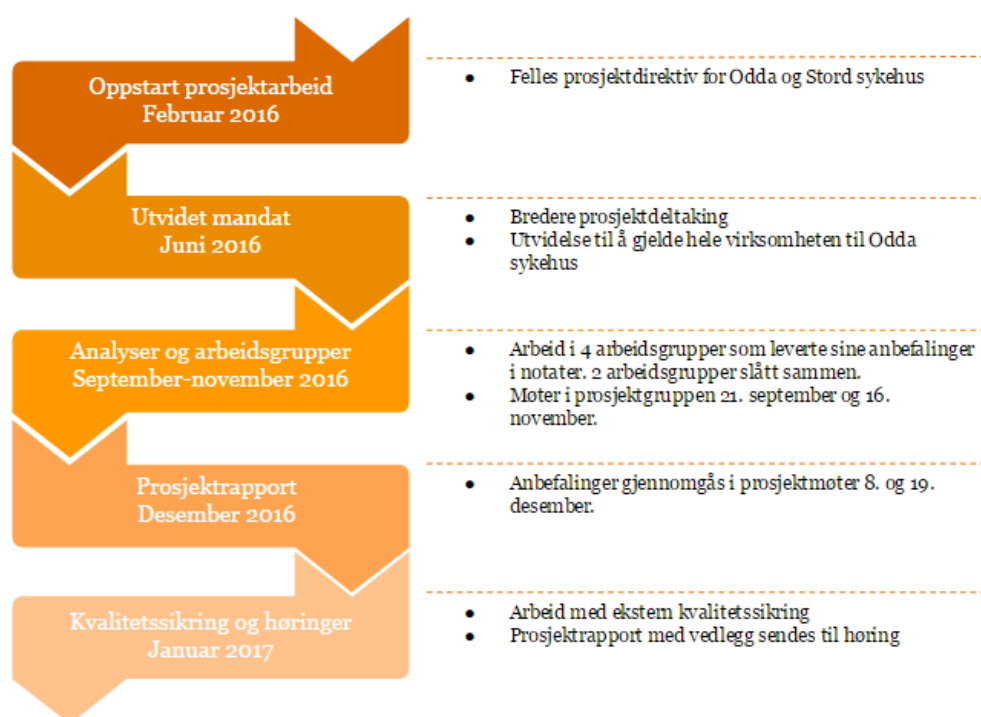
[4.4.6 Generelle kommentarer til analyser i rapporten](#)

# 1. Sammendrag

PwC har i perioden fra 22. desember 2016 til 31. januar 2017 kvalitetssikret Prosjekt Odda sjukehus. PwC har som ekstern kvalitetssikrer (EKS) levert et utkast til rapport til oppdragsgiver som har blitt kommentert. Kvalitetssikringen er gjort som dokumentkontroll supplert av intervjuer med 16 av de som har vært involvert prosjektarbeidet. Det er også i tråd med oppdragsbeskrivelsen gitt tilbakemelding til oppdragsgiver underveis i kvalitetssikringsarbeidet om forslag til konkrete utbedringer/suppleringer.

Prosjektet, ved sekretariatet, har vært svært imøtekommende i forbindelse med kvalitetssikringen og fremskaffet nødvendig tilgang til dokumenter og annen relevant informasjon, og har på denne måten bidratt til at EKS har fått hensiktsmessige arbeidsforhold og tilgang til rett underlag.

Figuren under illustrerer hovedelementene knyttet til prosessen i Odda-prosjektet.



Figur 1. Hovedelementer knyttet til prosessen i prosjektet

## Overordnet vurdering

PwC er av den oppfatning at det har vært en grundig prosess med bred involvering, særlig etter utvidelsen av mandat og representasjon i juni 2016. Beskrivelser i mandat og anbefalinger i “*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*” (heretter kalt *Veilederen*), er gjennomgående lagt til grunn for prosjektgjennomføring. Vi har avdekket og påpekt en del forbedringsområder.

Prosjektgruppen har med unntak av enkelte formuleringer vært omforent i 7 hovedanbefalinger, men er delt i anbefalingen rundt det fremtidige akuttkirurgiske tilbudet. Det har tidvis vært sterke motsetninger og uenigheter rundt formuleringer og anbefalinger i prosjektet. Dette gjelder primært vurderinger av det akuttkirurgiske tilbudet, men EKS har og identifisert at det er uenigheter rundt innhold i det fremtidige

dagkirurgiske tilbudet. Det har som en konsekvens av dette ikke vært mulig å enes om alle formuleringer i prosjektrapporten knyttet til disse punktene. Prosjektgruppen leverer derfor delt anbefaling når det gjelder fremtidig tilbud rundt akuttkirurgi, og rapporten har et eget vedlegg som viser hva deler av prosjektgruppen mener skulle vært korrigert og supplert i den endelige rapporten.

Med de suppleringer som følger av avsnittet "Anbefalinger", er EKS av den oppfatning at rapportens analyser og vurderinger har en kvalitet og grundighet som gir grunnlag for å gå videre med prosessen. Når det gjelder beslutninger knyttet til framtidig innhold i og dimensjonering av det indremedisinske tilbudet peker prosjektet selv på at det er behov for ytterligere utredning (kap. 5). Dette synet støttes av EKS.

### **Vurdering av enkeltelementer**

Prosjektet har vært gjennomført med bred deltakelse og involvering i både prosjekt- og arbeidsgrupper. Mangel på skriftlig interessentanalyse og kommunikasjonsplan vurderes ikke å ha påvirket prosjektets faktiske og opplevde åpenhet og involvering. Det burde etter EKS vurdering vært etablert og kommunisert spilleregler for hvordan man skulle håndtere uenigheter og konflikter i prosjektarbeidet, herunder skulle prosessen knyttet til skriving av endelig sluttrapport vært beskrevet tydeligere. EKS ser imidlertid at uenigheten i prosjektgruppen rundt akutt-tilbudsanbefalingene har vært så grunnleggende at det uansett ville vært vanskelig å presentere en omforent prosjektrapport.

Det foreligger en rekke vurderinger rundt risiko, men disse er ikke sammenstilt og det foreligger ingen strukturert risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til de ulike alternativene.

Hva gjelder prosjektets opprinnelige mandat og senere utvidede mandat, bemerker EKS at akutttilbudet i indremedisin ikke er fullstendig utredet som forutsatt i mandat for den aktuelle arbeidsgruppe, men det er gjennomført en omfattende journalgjennomgang. Videre bemerkes det at den aktuelle arbeidsgruppen heller ikke har utarbeidet et alternativ for Odda sjukehus uten akuttkirurgi, slik som beskrevet i gruppens mandat.

EKS fremhever at det utvidede mandatet ber om at det vurderes hvilke pasientgrupper som "kan og bør" få et spesialisthelsetjenestetilbud i Odda. Metodisk påpekes det at et tilbud som kan gis nødvendigvis ikke er ensbetydende med at tilbudet bør gis og vi er derfor enig i innretningen i det utvidede mandatet.

EKS mener at det som et ledd i de medisinsk-faglige forarbeidene til Nasjonal helse- og sykehusplan er gjort vurderinger knyttet til hvilke føringer som bør gjelde for sykehus som i fremtiden skal ha et tilbud om akuttkirurgi. EKS vurderer at disse vurderingene er relevante for Odda-prosjektet. Likeledes legger EKS til grunn at det er relevante medisinsk-faglige vurderinger som er gjort i forbindelse med utarbeidelsen av Nasjonal traumeplan. EKS oppfatter at disse er relevante for Odda-prosjektet, herunder anbefalingene knyttet til hvordan et akuttsykehus med traumefunksjon bør være innrettet. EKS kan ikke se at det har kommet frem nye faglige argumenter i Odda-prosjektet som skulle påvirke de faglige føringene i planene nevnt over.

EKS oppfatter at samhandlingen med primærhelsetjenesten i de tre kommunene som utgjør opptaksområdet til Odda sjukehus kan bedres. Dette gjelder særlig forhold knyttet til de kommunale ØHD-sengerne.

Prosjektet har i begrenset grad diskutert hvordan Odda sjukehus kan omstilles og effektiviseres for å møte de ressursutfordringene som ligger foran spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har i stor grad fokusert på hvilke spesialisthelsetjenester som kan leveres ved Odda sjukehus men peker også på at sykehusene i Helse Fonna HF kan jobbe sammen i nettverk.

EKS noterer at prosjektet har vurderinger knyttet til hvilke elektive tjenester som kan bygges opp eller utvides ved Odda sjukehus, men EKS mener rapporten mangler noe for å være helt fullstendig på dette punktet da det ikke like tydelig fremgår vurderinger og analyser knyttet til nye behandlingsformer eller nye måter å levere de aktuelle spesialisthelsetjenestene på.

I arbeidet med underliggende analyser har det vært stilt spørsmål om kvalitet på disse, blant annet når det gjelder bruk av NPR-data. Det fremkommer klart i rapporter og vedlegg hva uenigheten har omfattet. EKS har i intervjuer stilt spørsmål om denne uenigheten har påvirket de overordnede konklusjoner og anbefalinger. Vi har gjennom dette fått bekreftet at vurderingen er at det ikke har påvirket hovedanbefalingene.

### **Anbefalinger**

Med dette som utgangspunkt har EKS følgende anbefalinger til den videre prosessen.

1. I den videre prosessen anbefaler EKS at det utarbeides skriftlige interessentanalyser og kommunikasjonsplaner.
2. Det bør utredes hvilke effekter nye redningshelikoptre vil få for risiko- og konsekvensanalysen.
3. Det må lages en sammenstilling av identifiserte risikoer ved de ulike løsninger med tilhørende konsekvenser og sannsynligheter. Dette gjelder for løsninger både med og uten akuttkirurgisk tilbud.
4. Akutt-tilbudet innen indremedisin ved Odda sjukehus er ikke fullstendig utredet av aktuelle arbeidsgruppe slik som forutsatt i dennes mandat, men en omfattende journalgjennomgang er gjennomført. Dette arbeidet bør fullføres som ledd i korrekt dimensjonering av det fremtidige akutttilbudet for indremedisin.
5. I det videre utviklingsarbeidet i Helse Fonna HF bør de medisinske tilbudene ved de tre sykehusene i helseforetaket vurderes samlet som sykehus i nettverk. Sykehus i nettverk og tydelig funksjonsdeling er en sentral premiss for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten.

---

## 2. Innledning

### 2.1 Oppdrag fra Helse Vest RHF

Oppdraget omfatter ekstern kvalitetssikring av et prosjekt Helse Vest RHF har etablert for å vurdere utvikling av et fremtidsrettet og trygt tjenestetilbud ved Odda sjukehus. Det ble gjennomført en minikonkurranse som avrop på rammeavtale om kjøp av konsulenttjenester HR OU, rekruttering og annet. Tilbudsfrist var 30. november 2016 og beslutning om tildelingen til PwC ble formidlet til tilbyderne 2. desember 2016.

Grunnlaget for kvalitetssikringen skal tas i mandatet for Odda-prosjektet, og anvendbare retningslinjer i "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner" og "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" (jfr forespørsel sak 2016/2975).

Sett i relasjon til "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner" (heretter kalt Veilederen), er Odda-prosjektet et prosjekt med mandat avgrenset til en del av Helse Fonnas virksomhet. Oppdragsgiver viser til at prosjektet vil kunne legge føringer for Helse Fonnas arbeid med utviklingsplan for foretaket.

Kvalitetssikringen skal bl.a. vurdere:

- om prosessene sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering
- om det var gjort tilstrekkelig risiko- og mulighetsanalyser. Vurdere om de alternativene som er belyst i prosjektrapporten representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, for å oppfylle det regionale helseforetakets "sørge for"-ansvar
- om de oppgitte alternativene vil bidra til å realisere målene og oppfylle kravene i Nasjonal helse- og sykehusplan

Det er videre forutsatt at EKS også skal kvalitetssikre:

- vurderingene av samhandling med primærhelsetjenesten for å ivareta befolkningens behov for helsetjenester
- vurderingene av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet
- vurderingene av hvordan framtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike tjenestene
- vurderingene av pasientsikkerhet og krav til kvalitet i tjenestene

I tillegg til en sluttrapport forventer oppdragsgiver at EKS skal gi beskjed dersom dokumentgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å gjennomføre kvalitetssikringen samt komme med konkrete forslag til utbedringer/suppleringer.

### 2.2 Bakgrunn for prosjektet som er kvalitetssikret

Helse Fonna HF yter spesialisthelsetjenester til en befolkning på over 180.000 mennesker fordelt på 19 kommuner. Helseforetaket har over 3.200 ansatte og består av sykehusene Haugesund, Odda, Stord og Valen samt de distriktpspsykiatriske sentrene Folgefønn, Haugaland, Karmøy og Stord. Helseforetaket ledes fra Haugesund med en stedlig leder på hver lokalisasjon. Odda sjukehus er administrativt underlagt somatisk klinikk ved Haugesund sykehus.

Odda sjukehus er et lokalsykehus under Helse Fonna HF. Arbeidet i Odda-prosjektet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan sin omtale av lokalsykehusene og deres rolle. Nasjonal helse- og sykehusplan er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientenes helsetjeneste. I prosjektdirektivet av februar 2016 heter det:

*“Prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidssretta og trygt tenestetilbod ved Odda og Stord sjukehus der nærleik, tilgjengelegheit, at ein blir møtt med omsorg og respekt og at tenestene er trygge og av høg kvalitet, står sentralt. Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta”.*

Det er vidare understreket at målet for prosjektet er:

*“Finne løysingar som sikrar eit framtidssretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik, samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammene som gjeld for helseføretaket.”*

I det utvidete mandatet for Odda Sjukehus datert 23. juni 2016 heter det at prosjektet i det vidare arbeidet skulle ha et særskilt fokus på:

- *“Tilboda ved Odda sjukehus må vere innretta mot dei pasientgruppene som kan og bør få eit spesialisthelsetenestetilbod lokalt i Odda*
- *Utvida samarbeid med kommunane for å styrke tilbodet til befolkninga. Tilboda må i størst mogleg grad tilfredstille kommunehelsetenesta sine behov.*
- *Ytterlegare utgreiing og kartlegging av fakta som grunnlag for planlegging og dimensjonering*
- *Avklaring av akutt tilbodet ved Odda sjukehus*
- *Prehospitale tenester som del av den akuttmedisinske kjeda”*

## **2.3 Forståelse av oppdraget**

En utviklingsplan søker å operasjonalisere de overordnede planer og strategier i et foretak. Den skal gi et bærekraftig fremtidsbilde av helseforetakets langtidspaner og -budsjett for utvikling av virksomhet og bygningsmasse. Odda-prosjektet er et utviklingsprosjekt som kan legge føringer på Helse Fonnas utviklingsplanarbeid. EKS viser vidare til at det i prosjektrapportens punkt 2.1 er påpekt:

*“Tilrådingane i prosjektet vil dreie seg om dei overordna prinsippa for vidareutvikling av Odda sjukehus, mens den detaljerte utforminga/implementeringa av dei foreslåtte endringane, vil bli vidareført i regi av Helse Fonna.”*

EKS skal derfor ikke kvalitetssikre dette prosjektet som en helhetlig utviklingsplan, men skal derimot sikre at arbeidet skal kunne inngå i utviklingsplanarbeidet og dermed må visse punkter i Veilederen være besvart. Kvalitetssikringen knyttes vidare opp mot prosjektets mandat fra prosjektdirektiv med senere utvidelser som beskrevet under bakgrunnen for prosjektet over.

De konkrete områdene som er kvalitetssikret, fremkommer i punktet *“Oppdraget fra Helse Vest”*.

## **2.4 Organisering av kvalitetssikringsarbeidet**

For gjennomføring av kvalitetssikringsoppdraget har PwC satt sammen et kjerneteam med bred kompetanse knyttet til kvalitetssikring, organisatoriske forhold knyttet til sykehus og medisinskfaglige temaer. PwCs arbeid med kvalitetssikringen har vært ledet av Knut Arne Askeland. Kirurgi-spesialist Eystein J. Hauge har



vært sentral i alle medisinskfaglig vurderinger. Dagfinn Hallseth har vært ansvarlig partner på oppdraget. Sissel Fjellstad og Ulrikke Hernæs har bistått med vurderinger av prosess og analyser.

Gjennomføringen av kvalitetssikringsprosessen er kort beskrevet i figuren under.



Figur 2. Gjennomføring av kvalitetssikringsprosessen.

I forbindelse med planleggingen av prosjektarbeidet etterspurte PwC dokumenter knyttet til prosessgjennomføring. Dokumentene ble mottatt 30. desember 2016 sammen med utkast til prosjektrapport med vedlegg.

I oppstartsmøte med oppdragsgiver 6. januar ble rammer for oppdraget gjennomgått og beskrevet. PwC mottok i etterkant av møtet supplerende dokumentasjon og endelig versjon av prosjektrapport. Vedlegg til prosjektrapport med innspill til korrigeringer og suppleringer av prosjektrapporten fra enkelte prosjektgruppede medlemmer ble også oversendt.

I perioden 11.-23. januar 2017 gjennomførte PwC 16 intervjuer med ulike interessenter. Det ble i intervjuene særlig vektlagt forhold rundt prosess og prosjektgjennomføring (se liste over hvem som er intervjuet under punkt 2.5).

Den 26. januar ble det avholdt et avklaringsmøte med oppdragsgiver. I møtet kom EKS med anbefalinger om områder som burde suppleres/underbygges. Dette gjaldt:

- sammenstilling av risikoer knyttet til de ulike løsningene med tilhørende vurderinger konsekvens og sannsynlighet
- vurderinger rundt konsekvenser av nye redningshelikopter

Etter avtale med oppdragsgiver ble kvalitetssikringsrapporten levert som utkast til oppdragsgiver 31. januar for kommentarer og avdekking av eventuelle faktafeil.

## 2.5 Metode

Ved gjennomføring av kvalitetssikringen har PwC blant annet lagt til grunn følgende vesentlige elementer fra KSK-ordningen:

- uhildet og uavhengig vurdering
- sammenheng med foregående dokumenter
- vurdering av metode heller enn gjennomføring av egne analyser.

PwC legger i kvalitetssikringsarbeidet videre vekt på å teste vurderingene ift sporbarhet, konsistens og fullstendighet. Alternativene og løsningene er derfor vurdert ift. konsistens og sporbarhet mot Nasjonal helse- og sykehusplan, føringer fra regionalt og lokalt helseforetak, eventuelle andre styrende dokumenter og mandatet for prosjektet. Fullstendighet er vurdert opp mot prosjektdirektiv og mandat.

Veilederen ble godkjent av Helse Vest RHF i styresak 078/2016 den 20. juni 2016. Dette er etter utarbeidelse av prosjektdirektiv i februar 2016, og før utvidelse mandat 23. juni 2016. Prosjekt Odda sjukehus er beskrevet som et utviklingsprosjekt og skal som tidligere nevnt inngå i arbeidet med Helse Fonnas utviklingsplan. EKS har i forbindelse med kvalitetssikringen vurdert om relevante forhold i Veilederen er besvart. Dette gjelder:

- om prosessene er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering
- om det er gjort tilstrekkelig risiko- og mulighetsanalyser.

Vurderingene knyttes videre til beskrivelser av prosess og innhold gitt i prosjektdirektiv av 9. februar 2016 med senere utvidelser og presiseringer i mandat av 23. juni 2016. Som beskrevet under i punktet om organisering og prosess er kvalitetssikringen gjennomført som dokumentkontroll med supplering av intervjuer for å undersøke etterlevelse av prosess.

Følgende informanter er intervjuet underveis i arbeidet:

Tabell 1. Intervjuobjekter

Navn	Stilling/Rolle	Organisasjonstilknytning
Herlof Nilssen	Adm.dir./prosjekteier	Helse Vest RHF
Helge Bryne	Seniorrådgiver/prosjektleder	Helse Vest RHF
Olav Klausen	Adm.dir./prosjekteier	Helse Fonna HF
Haldis Økland Lier	Fagdirektør/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna HF
Berit Haaland	Klinikkdirektør/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna HF
Roald Aga Haug	Ordfører/ prosjektgruppemedlem	Odda kommune
Ingunn Olin Hauge	Seksjonsleder/ arbeidsgruppeleder	Helse Fonna, Odda Sjukehus
Trond Dyngeland	Overlege/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna, Odda Sjukehus
Hans Burchardt	Overlege/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna, Odda Sjukehus
Daniele Brühl	Kommuneoverlege/ prosjektgruppemedlem	Ullensvang kommune
John Olav Digranes	Seksjonsleder prehospitale tj./ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna, Odda Sjukehus
Randi Guddal	Foretakshovedverneombud/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna HF
Arvid Storgjerde	Tillitsvalgt/ prosjektgruppemedlem	Fagforbundet
Kåre Ystanes	Brukerutvalget/ prosjektgruppemedlem	Helse Fonna HF
Anne Lise Naasen	Kommunalsjef/ arbeidsgruppemedlem	Odda kommune
Helge Torgersen	sekretariat/arbeidsgruppeleder	Deloitte
Lene Lunde	sekretariat/arbeidsgruppeleder	Deloitte

### 3. Kvalitetssikring av prosess

Oppdragsgiver har bedt EKS kvalitetssikre om prosessen har sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering. I prosjektdirektivet fra februar 2016 er det en rekke punkter som omtaler prosessgjennomføring. EKS har valgt å gjengi disse under og benytter dette som utgangspunkt for kvalitetssikringen av selve prosessen. Oppdragsgiver har videre angitt at veilederne for hhv utviklingsplan og tidligfaseplanleggingen skal legges til grunn for kvalitetssikringen i den grad dette er egnet. Den åpenhets- og involveringsprosessen som er beskrevet i prosjektdirektivet, samstemmer med anbefalingene knyttet til prosess i Veilederen for arbeidet med utviklingsplaner (som tidligere nevnt kalt Veilederen).

Prosessten er kvalitetssikret med utgangspunkt i beskrivelser i prosjektdirektiv og Veilederen, og EKS har i tillegg til å gjennomgå dokumentasjon undersøkt etterlevelse gjennom intervjuer. Grupperingen av de ulike områder som er vurdert følger Veilederens inndeling i forhold til prosessens åpenhet, forutsigbarhet, samt involvering og medvirkning. Under gjengis sentrale punkter fra prosjektdirektivet som er relevant i forhold til gjennomføringsprosessen:

Tabell 2. Kontroll av etterlevelse av prosess

Punkt i prosjektbeskrivelse	Prosesspunkt	Beskrivelse i direktiv	Kontroll av etterlevelse
4.2 Kritiske suksessfaktorer	Involvering	<i>Samhandling og gjensidig respekt - sikre involvering og framdrift. Prosjektet skal gjennomførast med deltakarar som representerer ulike interesser og institusjonar (føretak, kommunar, tilsette (verneombod og tillitsvalte), brukarar)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det har vært bred deltakelse fra både ansatte ved Odda Sjukehus, tillitsvalgte og brukere i både prosjekt- og arbeidsgrupper.</li> <li>• Prosjektgruppen ble utvidet med flere representanter etter utvidelsen av mandat.</li> <li>• Kommuner har vært med i arbeidsgrupper og prosjektgruppen.</li> </ul>
4.2 Kritiske suksessfaktorer	Forutsigbarhet	<i>Skal ein nå måla som er satt for prosjektet er det viktig å vise respekt for dette, og vere einige i felles spelereglar og korleis diskusjonar, eventuelle konflikhtar og kommunikasjon handterast.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessen har i all hovedsak vært forutsigbar for partene.</li> <li>• Det foreligger ikke skriftlige spillereglar for hvordan diskusjoner og konflikter skal håndteres.</li> <li>• Det foreligger ingen skriftlig kommunikasjonsplan</li> </ul>
4.2 Kritiske suksessfaktorer	Åpenhet	<i>“Prosjektet må på ulike vis bidra til informasjon om arbeidet i prosjektet og prosessane må gjerast tilgjengeleg for lokalbefolkning og kommunane i regionen.”</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er opprettet en åpen nettside der prosjektorganisering og mandater for prosjekt- og arbeidsgrupper er lagt ut. Det er gitt orientering til media ved oppstart, utvidelse av mandat samt en status i november</li> </ul>

5.1 Overordnet fremdriftsplan	Åpenhet, forutsigbarhet og involvering	<p><i>“Formål: Etablere prosjektdirektiv, prosjektorganisasjon og sikre god forankring</i></p> <p><i>Hovudaktivitetar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Få på plass prosjektorganisering</i></li> <li>• <i>Sikre eit omforent direktiv og tilnærming</i></li> <li>• <i>Framdriftsplan, kven skal gjere kva, når</i></li> <li>• <i>Sikre godt samarbeid med kommunane i Sunnhordland og Indre Hardanger</i></li> <li>• <i>Møteplan og involvering</i></li> <li>• <i>Kommunikasjonsplan, sikre naudsynt informasjon kring prosjektet “</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektorganisering er på plass</li> <li>• Prosjektdirektiv og utvidet mandat er gjennomgått i prosjektgruppen og det er gjort en presisering av mandat for arbeidsgruppen akutt-tilbud</li> <li>• Det foreligger fremdriftsplaner, og disse er oppdatert undervegs. Uenighet om formuleringer og deler av innhold i prosjektrapporten og hvordan prosjektmedlemmenes kommentarer til rapport skulle innarbeides.</li> <li>• Kommunene har vært involvert gjennom deltakelse i prosjekt- og arbeidsgrupper.</li> <li>• Møteplan for prosjektgruppen foreligger</li> <li>• Det foreligger ikke en skriftlig kommunikasjonsplan</li> </ul>
6.2 Prosjektgrupper	Forutsigbarhet	<p><i>Sikre intern kommunikasjon i prosjektet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kommunisere prosjektets målsettingar og arbeidsoppgåver i prosjektgruppa og til eventuelle underliggende arbeidsgrupper</i></li> <li>• <i>Ta i vare interessentar og deira forventningar til prosjektet”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målsetninger og mandater er kommunisert til prosjektgruppen og var tema på prosjektmøte 21. september (jfr referat).</li> <li>• Det har vært bred deltakelse fra mange interessenter undervegs i prosjektperioden.</li> <li>• Det foreligger ingen skriftlig interessentanalyse.</li> </ul>
8 Kommunikasjonsstrategi	Åpenhet og involvering	<p><i>“Kommunikasjon og informasjon er viktig for sikre lokal forankring, vere proaktiv i høve eventuelle konflikhtar og søkje å unngå desse. Prosjektet sitt kommunikasjonsmål er aktivt å informere og opplyse om arbeidet prosjektet gjennomfører, og sikre alle interessentar enkel tilgang til slik informasjon. ”Informasjonsmøte for dei tilsette på Odda og Stord sjukehus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informasjonsseminar/pressekonferanse med lokale journalistar og redaktørar</i></li> <li>• <i>Opprette eigen nettside som sikrar allment tilgjengeleg informasjon og tener som bibliotek om prosjektet”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er opprettet en egen nettside for prosjektet</li> <li>• Utvidelse av prosjektgruppen underveis for å involvere flere</li> <li>• Det er ikke holdt informasjonsmøter i perioden frem til avlevering av prosjektrapport. Informasjonsmøter er avholdt i januar.</li> </ul>

### **3.1 Prosessens åpenhet**

Det skal iht. Veilederen være mulig å følge prosessen for de som ønsker innsyn. I prosjektdirektivet er det videre presisert at prosjektet på ulike vis må bidra til informasjon om arbeidet i prosjektet, og prosessene må gjøres tilgjengelig for lokalbefolkning og kommunene i regionen. Bruk av informasjonsmøter og etablering av egen nettside er vist som eksempler på tiltak i kommunikasjonsstrategien (jfr. pkt 9. i prosjektdirektivet).

#### **Observasjoner**

Prosjektet har opprettet en egen nettside. På nettsiden er prosjektorganisering og sammensetning av prosjekt- og arbeidsgrupper samt mandater for arbeidet lagt inn. Fremdrift for arbeidsgruppene leveranser, følger av mandatene for disse gruppene. I nyhetssaken fra 19. november 2016 informeres det kort om arbeid med prosjektrapporten samt bruk av ekstern kvalitetssikring.

Prosjekt- og arbeidsgruppene har fått informasjon om alle sider av prosjektarbeidet gjennom presentasjoner, analyser og underlag som er lagt frem.

Det foreligger ikke en skriftlig kommunikasjonsplan, og det er ikke gjennomført informasjonsmøter med ansatte og kommuner underveis i prosjektforløpet.

#### **Vurderinger**

Nettsiden som er opprettet for prosjektet inneholder informasjon om mandater for prosjekt- og arbeidsgrupper, fremdriftsplaner samt informasjon om hvem som deltar i prosjekt- og arbeidsgruppene. Det er gjennom dette sikret åpenhet om prosjektforløpet.

Oppdaterte fremdriftsplaner, delutredninger og analyser utarbeidet høsten 2016 har ikke vært tilgjengelig på nettsiden i prosjektperioden, og det har vært en mindre aktiv kommunikasjon underveis i prosjektet enn det som er foreslått i prosjektdirektivet og som også Veilederen anbefaler. Informasjon fra intervjuer, tyder imidlertid ikke på at det er en oppfatning blant prosjektdeltakerne at prosessen har manglet åpenhet. Kommunikasjonsdirektør fra Helse Vest har vært tilstede på prosjektmøter, og EKS vurderer ut fra intervjuer at det har vært enighet om kommunikasjonsomfang frem til anbefalingene forelå og ble kjent den 19. desember.

### **3.2 Prosessens forutsigbarhet**

I prosjektdirektivet understrekes det at det skal lages en fremdriftsplan som skal tydeliggjøre hvem som gjør hva når. I tillegg skulle prosjektet i planleggingen gjøre tiltak som sikret omforent direktiv og tilnærming. Forutsigbarhet defineres i Veilederen som interessentenes mulighet til å forstå hva som skjer og hvor beslutningspunktene er.

#### **Observasjoner**

Det foreligger fremdriftsplaner som også har blitt oppdatert løpende. Tidsplan og frister for arbeidsgruppene er også lagt inn i mandatet for gruppene. Møteplaner for arbeid i prosjektgruppen foreligger.

Det foreligger referat fra de to første møtene i prosjektgruppen etter mandatutvidelsen, hhv 21. september og 16. november. Referatene oppsummerer arbeid med analyser, redegjør for arbeid i arbeidsgrupper og viser plan for videre arbeid og fremdrift. Det er ikke utarbeidet referater fra møtene 8. og 19. desember slik det var forutsatt i prosjektreferatet fra 21. september.

Det er eksempler på at frister i prosjektet ikke er overholdt:

- analyser ble ikke ferdigstilt innen fristen satt i det utvidete mandatet
- enkelte deltakerne i arbeidsgruppen for dagkirurgi overholdt ikke interne frister for godkjenning og innspill.

Mandat, inkludert utvidelser, ble gjennomgått på prosjektmøtet den 21. september 2016. Det ble gjort en presisering av mandat for arbeidsgruppen som skulle se på akutttilbudet på samme møte.

Mandatet til gruppen var oppe til diskusjon både i arbeids- og i prosjektgruppen. I referatet fra prosjektgruppemøtet den 21. september 2016 heter det:

*“Det blei bestemt å endre formuleringar i mandatet for å presisere at akutttilbodet i kirurgi skal ha hovudfokus. Følgjande punkt i mandatet: «Arbeidsgruppa må vurdere ulike modellar for tilbodet, med og utan vidareføring av akutttilbodet ved Odda sjukehus», blir endra til:*

*«Arbeidsgruppa må vurdere ulike modellar for tilbodet, med og utan vidareføring av akutttilbodet i kirurgi ved Odda sjukehus. Dimensjoneringa av og innhaldet i akutttilbodet i indremedisin må vurderast på grunnlag av analysar av pasientgrunnlag og forbruksmønster og journalgjennomgang av akuttinnleggingar.»*

Det er ikke funnet dokumentasjon på at det er laget spilleregler for hvordan man skulle håndtere konflikter og uenigheter i prosjektet.

Rollen til prosjekteier og prosjektgruppe/prosjektleder er beskrevet i prosjektdirektiv. Det er i referat fra prosjektgruppemøtet 21. september beskrevet at sekretariatet vil sammenfatte rapport og tilrådinger fra arbeidsgruppene.

### **Vurderinger**

EKS er av den oppfatning at prosessen har vært forutsigbar med tanke på frister og beslutningstidspunkter for de som har medvirket i prosjekt- og arbeidsgrupper.

Mandat er gjennomgått på prosjektmøte 21. september som ledd i en forankringsprosess, og det er også gjort en endring/presisering av mandatet for arbeidsgruppen som skulle se på akutt-tilbudet. EKS er av den oppfatning at det i slutfasen av prosessen har vært uenighet om deler av innhold og hvordan sekretariatet skulle innarbeide kommentarer fra prosjektgruppens medlemmer. Dette kommer frem i mailkorrespondanse i perioden 19. -30. desember. Uenigheten ble håndtert ved at kommentar-versjonen ble lagt ved endelig rapport. Det var også uenighet om vurderingene rundt driftskostnader skulle inngå i sluttrapport.

EKS er av den oppfatning at en mer tydelig avklaring tidlig av rapportinnhold inkludert skriftlighet rundt hvordan uenigheter skulle håndteres, ville vært en fordel. Referater fra prosjektmøtene 8. desember og 19. desember kunne også har identifisert hovedpunkter for uenigheter. EKS ser imidlertid at uenigheten i prosjektgruppen rundt anbefalinger, har vært så grunnleggende at det har vært vanskelig å enes om alle rapportens formuleringer.

EKS ser at manglende overholdelse av frister og sene tilbakemeldinger på underlag, har skapt noen utfordringer og vært forstyrrende i forhold til fremdrift i prosjektet. Dette gjelder først og fremst en del tilbakemeldinger rundt det dagkirurgiske tilbudet der der i slutfasen fremkommer uenigheter om hva som bør inkluderes i et fremtidig tilbud - eksempelvis gjelder det øre-nese-hals-tilbudet. EKS kan ikke se at dette er kritisk for hovedanbefalingene, men dette bør diskuteres og avklares i det videre arbeidet med planlegging og dimensjonering av Odda sjukehus.

### **3.3 Prosessens involvering og medvirkning**

Veilederen beskriver viktigheten av at det utarbeides en interessentanalyse av både interne og eksterne aktører ved oppstart av prosjektet. Det anbefales videre brukermedvirkning ved eksempelvis deltakelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper. Hvordan de ulike interessentene skal informeres skal beskrives i en kommunikasjonsplan. I prosjektdirektivet gis det føringer for involverings- og medvirkningsprosessen, herunder beskrives det at det skal lages en kommunikasjonsplan for arbeidet.

#### **Observasjoner**

Det foreligger ingen skriftlig interessentanalyse for arbeidet, og det foreligger heller ikke en kommunikasjonsplan som beskrevet i prosjektdirektivet. Prosjekt- og arbeidsgrupper består av en rekke aktører og mange ulike interessenter, og det har en bred lokal deltakelse fra både tillitsvalgte og ansatte.

De tillitsvalgte har vært deltakere i både prosjekt- og arbeidsgrupper. Brukerne har også vært representert i både prosjekt- og arbeidsgrupper.

Prosjektleder har informert prosjekteier gjennom to møter i løpet av høsten. Det foreligger ikke referater fra disse møtene, men EKS har mottatt en oversikt som viser tidspunkt og temaer for møtene. Ihht prosjektdirektivet skal prosjekteier bl.a godkjenne endringer ift mandat.

#### **Vurderinger**

EKS ser at det er gjort vurderinger i prosjektet av interessenter og involvering i sammensetning av prosjekt- og arbeidsgrupper, og er av den oppfatning at disse vurderingene burde vært dokumentert. Det må videre legges til grunn at det er interessenter utover de som har hatt en aktivt rolle i prosjektet - eksempelvis media og øvrige ansatte ved sykehuset. En interessentanalyse kunne ha avdekket alle interessenter og avklart deres informasjons- og involveringsbehov på en helhetlig måte samtidig som den kunne fungert som et viktig verktøy/veiledere for prosjektet underveis i prosessen.

EKS har gjennom intervjuer fått forståelse for at det i prosjektperioden har fremkommet ønske om enda bredere deltakelse fra Odda sjukehus. Sammensetning av prosjekt- og arbeidsgrupper viser etter EKS oppfatning at det har vært bred representasjon og er invitert til bred deltakelse i prosjektarbeidet. Dette gjelder både ansatte, tillitsvalgte, kommuner og brukere. Dette hovedinntrykket er bekreftet gjennom intervjuer.

Det forhold at de prehospitaltjenester ikke er representert i arbeidsgruppen for akuttkirurgi, vurderes likevel av EKS som en svakhet.

---

# 4. Kvalitetssikring av innhold

## 4.1 Kvalitetssikring ift. overordnede planer

### 4.1.1 Nasjonal helse- og sykehusplan

#### Observasjoner

EKS oppfatter at prosjektet som kvalitetssikres kommer som en direkte oppfølging av de føringer som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan. Vurdering av utviklingsprosjektets konsistens og sporbarhet mot Nasjonal helse- og sykehusplan oppfattes derfor som særdeles viktig.

Nasjonal helse- og sykehusplan har syv hovedområder:

- *Styrke pasienten*
- *Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling*
- *Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten*
- *Nok helsepersonell med riktig kompetanse*
- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*
- *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene*
- *Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*

EKS bemerker at kapitlet om bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene har skapt debatt, da særlig utfordringene knyttet til spesialisering av kirurgien og små pasientvolum ved mindre sykehus. Temaet er imidlertid ikke nytt og har vært gjenstand for flere utredninger, blant annet “*NOU 1998:9 Hvis det haster*” samt arbeidsgrupperapporten “*Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede*” (2007). Begge disse utredningene foreslo en differensiering av akutfunksjonene ved sykehusene, slik at de minste sykehusene skulle ha akutfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Begge utredningene anbefalte at en indremedisinsk akutfunksjon måtte støttes av akutfunksjon i anestesi.

EKS bemerker at ved arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akuttilbudet i sykehus. Den ene rådgivningsgruppen besto av forskere, fagfolk og andre ressurspersoner. Denne gruppen uttalte at utviklingstrekkene entydig peker i retning av at mer sentralisering av akuttkirurgi er en forutsetning for likeverdige tilbud av høy kvalitet, og dermed for å skape en helsetjeneste der pasientens behov står i sentrum for utvikling av innholdet. Gruppen anbefaler derfor samling av akuttkirurgi på vesentlig færre og større akuttsykehus. Det ble også nedsatt en faglig rådgivningsgruppe med medlemmer fra Legeforeningens spesialitetskomiteer i gastrokirurgi, ortopedi, generell kirurgi, anestesi, gastromedisin, kardiologi og indremedisin og to representanter fra sykehus som i dag ikke har akuttkirurgi. I sin rapport “*Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur*”, uttalte disse at økt oppgavedeling og differensierte akutfunksjoner, det vil si å opprettholde indremedisinsk, men ikke kirurgisk akutfunksjon ved en del lokalsykehus, er den organiseringen som vil gi best kvalitet og sikkerhet for pasientene.

EKS bemerker at begge de faglige rådgivningsgruppene anbefalte en nedre grense for opptaksområde for akutt kirurgi på 80–100 000 innbyggere. Anbefalingene var basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten på sykehus av ulik størrelse, og på ekspertgruppe-medlemmenes egne erfaringer.



Regjeringen foreslo, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur og organiseringen av helseforetakene, en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere, og at dette tas inn som en føring i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Før det tas beslutninger om akutttilbudet på det enkelte sykehus, må det gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt. Kommunene i opptaksområdet må høres i en slik prosess.

Når det gjelder en eventuell nedre grense for akuttfunksjon i indremedisin, må mange forhold vektlegges, hvorav opptaksområde bare er ett. På generelt grunnlag kan det sies at hvis opptaksområdet er under 20–30 000, vil det være så få akuttinnleggelses per døgn at det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å opprettholde en døgnkontinuerlig vaktordning med spesialister, eller om akuttberedskapen kan håndteres bedre i tett samarbeid mellom legevakt og ambulansetjeneste.

EKS bemerker videre at en av utfordringen for de mindre sykehusene er å ha nødvendig kompetanse til stede slik at de kan gi et trygt og forutsigbart akutttilbud alle ukedager og alle døgnets timer. For å tilfredsstille dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning, kreves det, ifølge Legeforeningen, åtte spesialister for å dekke en vaktturnus. Sykehus som skal ha vaktordning for både for ortopedi og generell kirurgi (bløtdelskirurgi), må derfor ha minst 16 spesialister for å dekke vaktene. I tillegg til spesialistene vil det også ofte være vaktberedskap av leger i utdanning.

### **Vurderinger**

EKS oppfatter at prosjektet med en tydelig sporbarhet til Nasjonal helse- og sykehusplan adresserer sykehuseiers ønske om å gjøre en *“totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt”*, altså ikke bare det faktiske folketallet i opptaksområdet til Odda sjukehus.

EKS oppfatter at det allerede er utførlig medisinskfaglig utredet om hvorvidt akuttkirurgi skal videreføres ved de minste sykehusene i landet, blant annet i de faglige rådgivningsgruppene til Nasjonal helse- og sykehusplan. EKS kan ikke se at det har kommet frem nye faglige argumenter i Odda-prosjektet som skulle påvirke de faglige føringene i planene nevnt over.

EKS mener at prosjektet metodisk enda tydeligere kunne koblet de ulike løsninger som har vært diskutert til de syv hovedområdene i Nasjonal helse- og sykehusplan slik at det klart fremgikk hvordan de foreslåtte løsninger er ment å bidra til å oppfylle disse syv overordnede føringene.

EKS oppfatter at geografi, tilgjengelighet og ambulansetjenester er belyst med en høy grad av fullstendighet. Betydningen av den faglige utviklingen av prehospital medisin kombinert med betydningen av en ny generasjon redningshelikoptre kunne dog med fordel kommet enda tydeligere frem.

EKS oppfatter at prosjektet, blant annet med demografiske data, på en god måte belyser hvorfor et akutttilbud i indremedisin kan være aktuelt å videreføre ved Odda sjukehus, selv om befolkningsgrunnlaget er mindre enn den veiledende nedre grensen på 20-30.000 omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

EKS påpeker at Nasjonal helse- og sykehusplan omtaler antall spesialister i generell kirurgi eller gastrokirurgi som på sikt er nødvendig for et bærekraftig vaktlag. EKS mener at prosjektet med fordel kunne utdypet betraktninger rundt dette, da knyttet til de klare føringene for kostnadseffektivitet som ligger i prosjektdirektivet (pkt. 5.1).

## 4.1.2 Nasjonal traumeplan

### Observasjoner

I Nasjonal traumeplan står det om den alvorlig skadde pasienten:

*“Alvorlig skadde pasienter skal raskest mulig til ett av landets 4 traumesenter og de mindre alvorlig skadde skal til akutt sykehus med traumefunksjon. Dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter transporteres den alvorlig skadde pasienten til nærmeste akutt sykehus med traumefunksjon.*

*Hvis den alvorlig skadde pasient har en definert tilstand som kun kan stabiliseres ved traumesenter, f.eks. hodeskader, kan transport direkte til traumesenter foretas selv om det vil ta mer enn 45 minutter.*

*Hvis den alvorlig skadde pasient har ufri luftvei, respirasjon og/eller sirkulasjon som ikke kan håndteres prehospitalt kan det være nødvendig å transportere pasienten til nærmeste akutt sykehus med traumefunksjon selv om traumesenteret er mindre enn 45 minutter unna, og dette sykehuset ikke kan gjennomføre endelig behandling”*

*Hardt skadde pasienter skal raskest mulig til det sykehus som kan gi endelig behandling og prosessen med overføring må starte tidlig.”*

### Vurderinger

EKS oppfatter at prosjektrapporten sidestiller begrepene “akutt sykehus med akutt kirurgi” (terminologi fra Nasjonal helse- og sykehusplan) og “akutt sykehus med traumefunksjon” (terminologi fra Nasjonal traumeplan). EKS er også av den oppfatning at disse begrepene må forstås synonymt når omtalt i sammenheng med dette prosjektet all den tid traumeberedskapen fremholdes som et viktig argument for å beholde akutt kirurgien ved Odda sjukehus.

EKS vurderer at arbeidsgrupperapporten “Akutt tilbud for innbyggjarane i området til Odda sjukehus - Tilrådinger fra arbeidsgruppa til prosjektgruppa” med høy grad av fullstendighet belyser de faglige utfordringer som kan oppstå ved akutte traumatologiske hendelser i opptaksområdet til Odda sjukehus, da sett i lys av anbefalingene til Nasjonal traumeplan.

EKS påpeker dog at Nasjonal traumeplans anbefaling omkring transporttid til et traumesenter ikke må forveksles med en anbefaling om at alle landets potensielle traumepasienter skal kunne nå et traumesenter eller akutt sykehus med traumefunksjon innen 45 minutter.

EKS bemerker videre at det i Nasjonal traumeplan fremkommer hvilke faglige anbefalinger som gjelder for at et sykehus kan være et “akutt sykehus med traumefunksjon”, altså et sykehus som kan motta pasienter dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til nærmeste traumesenter. EKS oppfatter at dersom Odda sjukehus også for fremtiden skal være et “akutt sykehus med akutt kirurgi” (terminologi fra Nasjonal sykehusplan) der de faglige anbefalingene som stilles til et “akutt sykehus med traumefunksjon” (terminologi fra Nasjonal traumeplan) oppfylles, må sykehusets traumekompetanse videreutvikles på systemnivå. EKS oppfatter med andre ord at dagens traumetilbud ved Odda sjukehus, slik det er beskrevet i arbeidsgrupperapporten, ikke møter de krav til vaktlag og bærekraft som fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan. EKS mener at dagens ordning ved Odda sjukehus er basert på et fåtall enkeltpersoners kompetanse, som individuelt sett er god, men som ikke ivaretar det faktum at fremtidig vaktkompetanse i traumatologi sannsynligvis må bygges opp rundt fulle vaktlag (6-8 individer; ref. Nasjonal helse- og sykehusplan) med spesialiteten gastrokirurgi.

Det kan videre ikke forventes at fremtidens gastrokirurger har nødvendig kompetanse innen ortopedisk traumatologi slik dagens generell-kirurger ofte har. Følgelig er det grunn til å anta at et akuttstusykehus med traumefunksjon for fremtiden også må holde et tilsvarende vaktlag med spesialister i ortopedisk kirurgi.

## 4.2 Kvalitetssikring ift. føringer og mandat

### 4.2.1 Mandat Odda Sjukehus

#### Observasjoner

Prosjektets opprinnelige mandat finnes i prosjektdirektiv “Odda og Stord Sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)” datert 09.2.2016. Prosjektdirektivet la opp til en egen prosjektgruppe for Odda sjukehus og en prosjektgruppe for Stord sjukehus. EKS presiserer at denne kvalitetssikring er avgrenset til rapporten knyttet til Odda sjukehus.

Av det opprinnelige mandatet leser EKS blant annet at:

- *“Prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidsetilbod og trygt tenestetilbod ved Odda og Stord sjukehus”*
- *“Arbeidet skal bygge på omtale av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019).”*
- *“Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta”*

EKS leser vidare at premissene for utviklingsprosjektet er at *“Utforminga av tenestetilbodet ved sjukehusa i Odda og Stord skal gjerast innanfor rammene i føringane som er omtalte over”*, det vil si:

- *Føretaksmøte for Helse Vest RHF 12. januar 2016*
- *Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)*
- *NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*
- *St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreforma*

I tillegg bemerker EKS at *“Koordinering og samhandling med tilstøytane prosjekt som for eksempel Strategiplanen for Helse Vest, Helse 2030”* oppfattes som en kritiske suksessfaktor for prosjektet. I strategiplanen, som nå er sendt til styrebehandling, står det at *“Behovet for endring gjeld òg for organiseringa og strukturen vi har. Framtidas helsetenester skal ytast på ein annan måte enn i dag. Då må organisasjonen og strukturen òg leggje til rette for det. Ansvar og oppgåver skal flyttast, tenester skal integrerast, og både medarbeidarar, sjukehus og helseføretak skal jobbe i team.”*

#### Vurderinger

EKS oppfatter av mandatet at et utviklingsprosjekt for Odda sjukehus, samt en senere utviklingsplan for Helse Fonna HF, må være konsistent med de føringer som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan for lokalsykehusene. EKS legger til grunn at staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier lokalsykehusene gjennom de regionale helseforetakene. EKS mener at det er gjort en rekke faglige utredninger som del av forarbeidene til Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse arbeidene legger føringer for hvordan et akuttkirurgisk tilbud bør være dimensjonert for å sikre bærekraft og faglig forsvarlighet. Et utviklingsprosjekt for Odda sjukehus i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan vil oppfylle kravet til konsistens sett fra vårt ståsted som ekstern kvalitetssikrer.

EKS bemerker at det i mandatet ligger en klar forventning om at prosjektet også inkluderer noen betraktninger rundt kostnadseffektivitet knyttet til ressurser som allokeres til Odda sjukehus i dag og for

fremtiden. EKS påpeker at dette også tydelig fremgår av prosjektets målsetting hvor det står at prosjektet skal finne løsninger som sikrer et fremtidsrettet og trygt tjenestetilbud med god faglig kvalitet og pasientsikkerhet *“samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket”*.

I forhold til krav om å sikre konsistens mot strategiplanen for Helse Vest RHF, “Helse 2035” har dette ikke vært mulig å gjennomføre fullt ut for prosjektet på grunn av at Helse Vests strategiprojekt har pågått parallelt med utviklingsplanene for Odda sjukehus. Strategien Helse 2035 legges frem for styret i Helse Vest 2.2.2017 for deretter å gå på høring. EKS vil imidlertid påpeke at begge arbeidene bygger på de samme overordnede føringer og at det ikke er avdekket noen elementer i rapporten fra Prosjekt Odda sjukehus som strider mot Helse2035 slik den legges frem til styrets første behandling 2.2.2017.

## 4.2.2. Utvidet mandat Odda Sjukehus

### Observasjoner

Prosjekteier og prosjektgruppen gikk i notat av 23.6.2016 inn for å utvide det opprinnelige mandatet til prosjektgruppen knyttet til Odda sjukehus. I det utvidede mandatet leser EKS at prosjektet i det videre arbeidet særlig skal fokusere på:

- *“Tilboda ved Odda sjukehus må vere innretta mot dei pasientgruppene som kan og bør få eit spesialisthelsetenestetilbod lokalt i Odda*
- *Utvida samarbeid med kommunane for å styrke tilbodet til befolkninga. Tilboda må i størst mogleg grad tilfredstille kommunehelsetenesta sine behov.*
- *Ytterlegare utgreiing og kartlegging av fakta som grunnlag for planlegging og dimensjonering*
- *Avklaring av akutt tilbodet ved Odda sjukehus*
- *Prehospitala tenester som del av den akuttmedisinske kjeda*

*Dette kjem i tillegg til mandatet slik det er å finne i prosjektdirektivet.*

*Prosjektet blir utvida til å gjelde heile verksemda ved Odda Sjukehus.”*

I tråd med mulighetsrommet i det opprinnelige direktivet ble det opprettet fire arbeidsgrupper under prosjektgruppen for Odda sjukehus med hvert sitt mandat, da knyttet til samarbeid med kommunene, storbrukere av helsetjenester, akutttilbud og dagkirurgi.

### Vurderinger

EKS har ikke blitt forelagt dokumentasjon som viser hvorfor mandatet ble utvidet hva gjelder innhold. I forhold til krav om sporbarhet bør bakgrunnen for slike endringer i prosjektmandatet dokumenteres så godt som mulig. EKS oppfatter at utvidelsen av mandatet ikke erstatter eller endrer føringene i det opprinnelige mandatet, men at fokusområdene kommer i tillegg til de føringer som opprinnelig forelå.

EKS bemerker særskilt følgende punkter knyttet til i det utvidede mandatet:

- Prosjektet skal etter det utvidede mandatet mene noe om hele virksomheten ved Odda sjukehus, da ikke avgrenset til akutttilbudet ved sykehuset generelt og det akuttkirurgiske tilbudet spesielt. Fra EKS sitt ståsted er da forventningen at rapporten burde drøftet flere ulike scenarier for den fremtidige driften ved Odda sjukehus. EKS oppfatter at det med fordel kunne vært gjort en full mulighetsanalyse. EKS sin oppfatning styrkes av det faktum at arbeidsgruppen *“Akutttilbod for innbyggjarane i området til Odda sjukehus”* som del av sitt mandat hadde følgende oppgave: *“Dimensjoneringa av og innhaldet i akutttilbodet i indremedisin må*

*vurderast på grunnlag av analysar av pasientgrunnlag og forbruksmønster og journalgjennomgang av akuttinnleggingar.” Det fremkommer derimot av rapporten at gruppen “...ikkje drøfta problemstillingane. Det har heller ikkje sekretariatet. Dette heng delvis saman med knappe tidsfristar.”*

- EKS bemerker at arbeidsgruppen nedsatt av prosjektet som har arbeidet med “Akutttilbod for innbyggjarane i området til Odda sjukehus” ser på en løsning uten akuttfunksjon i kirurgi som “fagleg sett heilt uforsvarleg gitt dei lange avstandane og den usikre framkomelegheita til andre sjukehus”. Arbeidsgruppen har derfor ikke ønsket å medvirke til å beskrive eller vurdere et slikt “uforsvarlig tilbud”. Det er EKS sin vurdering at dette er et brudd på arbeidsgruppens oppdrag. EKS bemerker at mandatet for utredningen kommer fra sykehuseier og må ansees som en naturlig konsekvens av de faglige utredninger som allerede er gjort knyttet til arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.
- Det at en pasientgruppe **kan** få et spesialisthelsetjenestetilbud ved Odda sjukehus er ikke ensbetydende med at pasientgruppen **bør** få et tilbud ved sykehuset. EKS leser det utvidede mandatet slik at begge kriterier, **kan og bør**, må være oppfylt for at sykehuset skal yte et gitt tilbud til en pasientgruppe. EKS mener at formuleringen “kan og bør” metodisk med fordel kunne vært benyttet i en mulighetsanalyse.
- Basert på utvidelsen av mandatet mener EKS at det datagrunnlag og de analyser som er gjort med fordel kunne kunne ut i helt konkrete og tydelige anbefalinger knyttet til hvilke medisinske spesialiteter som bør avvikles, videreføres eller suppleres ved Odda sykehus.

## **4.3 Kvalitetssikring av risiko- og mulighetsanalyser**

### **Observasjoner**

I Veilederen står det spesielt om mulighets- og risikoanalyser:

*“Alle vesentlige endringer i oppgaver krever risiko- og mulighetsanalyser enten det gjelder planlagt virksomhet eller akuttfunksjoner. Ivaretakelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere har betydning for hele helseforetakets utvikling, og utviklingsplanene må gjennomgås når endringer planlegges.*

*Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best løser øyeblikkelig hjelp-tilbudet.*

*Dette samarbeidet må involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktpsikiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.*

*Helseforetaket skal beskrive sykehusene utfra de definisjoner av sykehustyper som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.*

*Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akuttfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.”*

I prosjektdirektivet fremgår det at det skal vurderes konsekvenser og risiko av aktuelle løsninger, og viser til at følgende bør gjennomføres:

- *“Vurdere konsekvensar (risiko- og sårbarheitsvurdering) ved dei ulike løysingane*
  - *Kvalitet og pasienttryggleik*
  - *Kostnadseffektivitet*
  - *Samarbeid med kommunehelsetenesta og fastlegane*
  - *Heilskaplege koordinerte tenester tilpassa lokalbefolkninga sine behov”*

I tillegg står det i mandatet til alle arbeidsgruppene at: *“Arbeidsgruppa må vurdere ulike modellar for tilbodet, med og utan vidareføring av akutttilbodet”*. Videre, at: *“Arbeidet skal ta omsyn til effektiv ressursutnytting, innanfor helseføretaket sine økonomiske rammer.”*

EKS mener at det er flere forhold i prosjektrapporten som krever en vurdering av konsekvensene. Dette gjelder f.eks. vurderingen rundt det dagkirurgiske tilbudet, vurdering rundt bedre samhandling mellom foretak og kommune, vurderinger rundt forbruk av spesialisthelsetjenesten og vurderingen av akutttilbudet.

### **Vurderinger**

EKS er av den oppfatning at rapporten har mangler når det gjelder risiko- og mulighetsanalyser. Det er flere steder i prosjektrapporten identifisert og beskrevet risikoer - særlig knyttet til nedleggelse av akuttkirurgitilbudet. Det foreligger imidlertid ikke en helhetlig sammenstilling av disse og systematiske analyser av risiko ved de ulike alternativene med vurderinger av konsekvenser og sannsynligheter.

Prosjektdirektivet søker ytterligere konsekvensutredninger forbundet med pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet, samarbeid og tjenester tilpasset lokalbefolkningens behov. Lokalbefolkningens behov fremkommer hovedsakelig av analyser om pasientgrunnlag/forbruksmønster og storforbrukere (ref. pkt. 4.4.6). Pasientsikkerhet og samarbeid dekkes av punkter under, hhv. 4.4.4 og 4.4.1.

EKS oppfatter at vurderinger rundt kostnadseffektivitet i begrenset grad er tatt med i rapporten. Forhold rundt driftskostnader er vurdert og det er også påpekt uenigheter knyttet til antall årsverk forbundet med kirurger i turnus; hvor Odda-modellen krever færre enn den foreslåtte modellen i rapporten (for ytterligere vurderinger rundt dette se pkt 4.1.2 og 4.4.2). Det er lagt lite vekt på effektivisering selv om dette står tydelig beskrevet i mandatene til prosjektgruppene, og sammenstilling forbundet med et kostnadseffektivitetsmål er det ikke gjort forsøk på. Det kan tyde på at dette ikke har vært fokuset til arbeidsgruppene.

I tillegg fremkommer det ikke i rapporten hvordan nye redningshelikoptre vil påvirke risikoer og konsekvenser ved ulike typer hendelser. EKS mener at dette forholdet bør belyses tydeligere i beslutningsgrunnlaget.

## **4.4 Kvalitetssikring øvrige forhold**

I tillegg til å vurderingen av prosessens åpenhet og involvering, forhold knyttet til risiko- og konsekvensanalyser og vurderinger av om alternativene som er belyst i tilstrekkelig grad vil bidra til å realisere mål i Nasjonal helse- og sykehusplan, er EKS bedt om å kvalitetssikre:

- vurderingene av samhandling med primærhelsetjenesten for å ivareta befolkningens behov for helsetjenester
- vurderingene av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet
- vurderingene av hvordan framtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike tjenestene

- vurderingene av pasientsikkerhet og krav til kvalitet i tjenestene

Disse forholdene er nærmere omtalt under. I tillegg har vi i dette kapitlet berørt “sørge for”-ansvaret og knyttet enkelte kommentarer til ulike analyser som er gjennomført i prosjektet.

#### 4.4.1 Samhandling med primærhelsetjenesten

##### Observasjoner

Prosjektet omtaler flere samhandlingsinitiativ som allerede er iverksatt mellom Odda sjukehus og kommunene som inngår i sykehusets opptaksområde.

EKS påpeker at kommunene Odda, Jondal, Ullensvang, Eidfjord, Ulvik, Granvin, Kvam, Voss og Vaksdal fra 01.01.2017 har inngått et utvidet legevaktsamarbeid med felles legevaktsjef. Formålet med den nye strukturen er å bidra til å redusere driftsmessig sårbarhet, tilpasse seg den nye akuttmedisinforskriften og styrkes den akuttmedisinske kompetansen i primærhelsetjenesten. Økt fokus på felles øvelser være en viktig del av arbeidet i det nye legevaktsdistriktet.

##### Vurderinger

Beleggsprosenten knytte til de kommunale ØHD-sengene ved Odda sjukehus har vært, og er, meget lav. Dette fremgår av data Odda kommune har fremlagt i Hardangerrådet 08.09.2016. EKS mener således det er konsistens mellom de påpekte utviklingsområder for samhandling i prosjektet og de faktiske forhold.

EKS bemerker dog at prosjektet under *“Tilråding – samarbeid mellom kommune og sjukehus innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling”* skriver at *“Ein forpliktande avtale mellom kommunane og Helse Fonna om desse tenestene bør vere på plass i 2017, og arbeidet må starte opp første halvår. Odda kommune bør vere initiativtakar.”*

EKS er av den oppfatning at både kommunen og Helse Fonna HF har sammenfallende interesser av å sikre fremdrift på dette punktet og at begge parter kan ta dette initiativet.

#### 4.4.2 Omstilling og effektivisering

##### Observasjoner

Helse Vest sin strategiplan “Helse 2035”, som nå er sendt til styrebehandling, er tydelig på at mange av helsetjenestene fremover må leveres på nye måter og i andre former enn i dag for å kunne møte de demografiske, helsemessige og ressursmessige utfordringene som ligger foran oss.

Koordinering mot strategiplanen fremheves som en “kritisk suksessfaktor” for prosjektet i det opprinnelige mandatet.

##### Vurderinger

Da utforming av “Helse2035” har vært en prosess som har forløpt parallelt med dette prosjektet, forstår EKS at koordinering av prosjektet mot strategiplanen er en vanskelig øvelse. EKS påpeker imidlertid at “Helse2035” og rapporten fra Prosjekt Odda sjukehus, bygger på de samme overordnede føringene. EKS har heller ikke identifisert forhold i “Helse2035” som direkte motstrider det som fremgår av prosjektrapporten Odda sjukehus.

Uavhengig av det bemerker EKS at prosjektet i begrenset grad har reflektert over hvordan Odda sjukehus må omstilles og effektiviseres for å møte de ressursutfordringene som ligger foran oss.

Det er i liten grad gjort analyser knyttet til kostnadseffektivitet av de foreslåtte alternativene for driften ved Odda sjukehus (jf. pkt. 4.3). EKS oppfatter at dette burde vært gjort all den tid målsettingen for prosjektet har vært å finne løsninger som *“sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseforetaket”*. Dog har prosjektet beskrevet at det ligger muligheter for et økt poliklinisk tilbud på Odda sjukehus og dette knyttes opp mot tiltak som kan bedre ressursutnyttelsen

### 4.4.3 Framtidig behandling og prioritering

#### Observasjoner

Prosjektet omtaler spesifikke initiativ knyttet til fremtidig behandling, som elektronisk kurve og digitalt media-arkiv. I tillegg omtales telemedisinske løsninger på overordnet nivå i prosjektrapportens punkt 4.8 og i tilrådning 7.

#### Vurderinger

En bedring av infrastruktur i distriktet, enten dette gjelder veisikring, en ny generasjon redningshelikoptre eller det nye digitale nødnett for akuttmedisinsk kommunikasjon, vil kunne få konsekvenser for det fremtidige tjenestetilbudet i Odda. Prehospital diagnostikk, eksempelvis i ambulanser med CT-muligheter og nye redningshelikoptre som er langt mer robuste hva gjelder værforhold, muliggjør at det samlet sett kan gjøres mer for flere pasienter prehospitalt fremover enn det som er tilfelle i dag. Videre antas det at flere spesialisthelsetjenester i fremtiden kommer til å bli levert på digitale plattformer, uavhengig av hvor pasienten befinner seg, for eksempel i hjemmet. Dette gjelder eksempelvis postoperativ oppfølging, behandling av kroniske sykdommer, og tidlig deteksjon av kritiske tilstander.

EKS noterer at prosjektet er tydelig på hvilke elektive tjenester som kan bygges opp eller utvides ved Odda sjukehus i tillegg til akutfunksjonene, men savner fullstendighet på dette punktet så lenge det ikke like tydelig fremgår vurderinger og analyser knyttet til potensielt nye behandlingsformer eller nye måter å levere de aktuelle spesialisthelsetjenestene på. Med dette menes om hvorvidt de omtalte tjenestene faktisk trenger et fullskala sykehus for å bli levert sikkert og effektivt til pasientene eller om det er mulig å tenke seg andre leveringsmodeller.

EKS savner også refleksjoner knyttet til alvorlighetsgrad eller andre prioriteringskriterier for de omtalte spesialitetene tenkt bygget ut ved sykehuset; ref. *“Meld. St. 34 Melding om prioritering”*.

### 4.4.4 Pasientsikkerhet og krav til kvalitet

#### Observasjoner

EKS har ikke notert at data fra pasientsikkerhetsrunder ved Odda sjukehus er fremlagt som del av prosjektet.

EKS har heller ikke notert at egne data fra sykehuset basert på fokusområder nevnt i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *“I trygge hender”* er lagt frem i prosjektet.

EKS har ikke blitt forelagt kjennelser fra Norsk Pasientskadeerstatning knyttet til Odda sjukehus eller dokumentasjon på hvordan disse kjennelsene benyttes til kontinuerlig forbedring.

EKS forstår det slik at prosjektet mener datagrunnlaget som ligger til grunn for de nasjonale kvalitetsindikatorer ved Odda sjukehus generelt er for tynt, og at indikatorene derfor i begrenset grad kan tillegges vekt.



Ved nyttår trådte den nye “Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten” i kraft som erstatning for “Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten”.

### **Vurderinger**

Datagrunnlag knyttet til pasientsikkerhetsarbeid nevnt over ville etter EKS sitt syn bidra til å underbygge et bilde av Odda sjukehus som et trygt sted å bli behandlet.

Dersom dokumentasjon for slikt systematisk pasientsikkerhetsarbeid ikke foreligger, ville det å fremlegge konkrete planer for hvordan pasientsikkerhetsarbeidet fremover skal følges opp bidratt til fullstendighet i planarbeidet. EKS oppfatter at dette er meget viktig.

EKS er av den oppfatning at Odda sjukehus, gitt en diskusjon om fremtidig tjenestetilbud, ville kunne styrke inntrykket av systematisk arbeid med kvalitet dersom sykehuset kunne fremlegge egne pasientrapporterte resultatdata (PROM-data) eller kliniker-rapporterte resultatdata (CROM-data) knyttet til den kliniske kjernevirksomheten som allerede finnes ved sykehuset.

EKS mener på generelt grunnlag at det å fremheve to indikatorer isolert ikke bidrar til å belyse kvaliteten ved Odda sjukehus uten at det fremgår en begrunnelse av hvorfor indikatorene fremheves.

EKS mener at den nye forskriften legger enda større vekt på pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid enn den gamle. Det betyr etter EKS sitt skjønn at faglig robusthet, i hvert fall innen de fagområder et gitt sykehus skal tilby, må tillegges enda større vekt fra og med 2017 enn det som har vært praksis frem til nå.

## **4.4.5 “Sørge-for” ansvaret**

### **Observasjoner**

Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 slår fast at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens de regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik det er fastsatt i lov, forskrifter og andre vedtak, jf. § 2-1a.

Helse Vest RHF har følgelig et “sørge for”-ansvar hva gjelder spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen hjemmehørende i regionen.

### **Vurderinger**

Prosjektet har fokusert på hvilke tjenester som kan leveres ved Odda sjukehus. EKS mener således at prosjektet vil kunne benyttes som et innspill til en fremtidig og helhetlig utviklingsplan for Helse Fonna HF som igjen vil være med å bygge opp under Helse Vest RHF sitt “sørge-for”-ansvar.

## **4.4.6 Generelle kommentarer til analyser i rapporten**

### **Observasjoner**

Det er gjennomført følgende analyser for prosjektet:

- Pasientgrunnlag/forbruksmønster - grunnlag for planlegging og dimensjonering
- Analyse av storbrukere av sykehustjenester
- Gjennomgang av akuttinnlegginger/akuttoppdrag (journalgjennomgang)

I tillegg har det vært gjennomført analyser for infrastruktur og vei, prehospitaltjenester, luftambulansetjenester og benyttet tall på kvalitetsindikatorer og pasienterfaringer.

Grunnlaget og metode for uttrekk av data til analysene har vært gjenstand for diskusjoner i prosjektgruppen, og har bl.a. vært knyttet til avviket mellom NPR-data og datauttrekk fra sykehuset.

### **Vurderinger**

EKS mener at det er benyttet datauttrekk dvs NPR-data som det er vanlig å benytte for denne type analyser. Tilsvarende datauttrekk er benyttet i tilsvarende analyser utført ved andre sykehus. Det er i rapporten redegjort godt for de avvik som bl.a er funnet mellom NPR data og sykehusets egne datauttrekk fra DIPS, og det er gjort forsøk på å avdekke hva som er årsaken til avvikene. EKS er av den oppfatning at avviket i datagrunnlag ikke kan sies å ha hatt betydning for hovedkonklusjonene i anbefalingene. Denne oppfatningen er bekreftet i forbindelse med gjennomførte intervjuer.

Analysene av pasientgrunnlag og forbruksmønster er benyttet som grunnlag for planlegging og dimensjonering. Slik EKS vurderer det, er dette tilstrekkelig for å kunne vurdere muligheter og potensialet for utvidelser/endringer i det polikliniske og dagkirurgiske tilbudet ved Odda Sjukehus.

