

## Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	9. mars 2016

### SAK NR 029-2017

#### AKUTTFUNKSJONER VED SØRLANDET SYKEHUS HF, FLEKKEFJORD

**Forslag til vedtak:**

1. Styret i Sørlandet sykehus HF har i sak 013-2017 behandlet *Akuttfunksjoner i Flekkefjord*. Styrets vedtak med tilhørende saksdokumenter er oversendt Helse Sør-Øst RHF for styrebehandling.
2. I samsvar med protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 4. mai 2016, sak 7 *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan*, skal arbeidet med avklaringer av akuttfunksjoner skje i tråd med krav i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. Dette inkluderer blant annet at det skal gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser og ekstern kvalitetssikring. Det vises i denne sammenheng også til styresak 056-2016 i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF konstaterer at Sørlandet sykehus HF har gjennomført en krevende prosess i utredningen av endret driftsmodell for Flekkefjord sykehus. Det foreligger en omfattende dokumentasjon av arbeidet. Styret i Helse Sør-Øst RHF mener likevel at det er mangler i forhold til de krav til prosess og dokumentasjon som gjelder for saker hvor det planlegges endring i akuttfunksjoner.
4. Styret tilrår at beslutningen om fremtidig driftsmodell ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord, samordnes med helseforetakets videre arbeid med en samlet og helhetlig utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF, jf. krav i oppdrag og bestilling 2017. Frist for oversendelse av utviklingsplan er satt til 1. mars 2018.
5. I det videre arbeidet med utviklingsplanen må følgende forhold vektlegges særskilt for Sørlandet sykehus, Flekkefjord:
  - Den foreslåtte driftsmodellen må risikovurderes og tiltak for å håndtere risikobildet må beskrives
  - Det må utarbeides mulighetsanalyse
  - Det må utarbeides reiseavstandsanalyser som må vurderes opp mot prehospital tilgjengelighet og kapasitet

- Pasientforløpene for akutte tilstander må beskrives detaljert i den foreslåtte driftsmodell for Sørlandet sykehus, Flekkefjord, inkludert rollene til kommunale legevakter, AMK og prehospitale tjenester
  - Hvordan de tre sykehusene på Sørlandet skal videreutvikle sitt nettverksamarbeid i tråd med beskrivelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan
  - Hvordan helseforetaket vil styrke kompetansen i akuttmottaket ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord, og på hvilken måte den nye spesialiteten innen mottaksmedisin kan bidra til dette
6. Styrets vedtak med tilhørende saksdokumenter oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Hamar, 6.mars 2017

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Sørlandet sykehus HF har oversendt sak om akutfunksjoner i Flekkefjord for videre behandling i Helse Sør-Øst RHF, dette basert på følgende vedtak i styret for Sørlandet sykehus HF 23.02.17 (sak 013-2017 Akutfunksjoner i Flekkefjord):

1. «SSF videreføres som akuttsykehus. Sykehuset skal utvikles gjennom at samlet aktivitet økes og kompetanse styrkes innen de områdene som sykehuset skal utføre. Det betyr blant annet styrking av medisinsk kompetanse, bedre veiledning av personale under utdanning og at pasientene skal møte god kompetanse tidligst mulig i mottak.
2. SSF skal ha: akutfunksjon i indremedisin, akutt ortopedi og anestesi i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.
3. SSF skal videre ha: mottak og behandling av pasienter med hjerneslag, gynekologi, fødeavdeling med beredskap for keisersnitt, laboratorier og radiologi.
4. Alle øyeblikkelig hjelp pasienter som trenger gastrokirurgisk vurdering henvises til Kristiansand.
5. Alle pasienter / hendelser som utløser traumealarm sendes Kristiansand eller Stavanger universitetssykehus avhengig av hva som er nærmest, eller Oslo universitetssykehus avhengig av alvorlighetsgrad.
6. Styret registrerer at det i den eksterne kvalitetssikringen av høringsrapporten påpekes svakheter i prosessen, også knyttet til risiko- og mulighetsanalysen. Styret pålegger administrerende direktør i det videre arbeid med operasjonalisering av ny driftsmodell og videreutvikling av SSF, inkludert sikring av nødvendig kompetanse, å gjennomføre nødvendige risiko- og mulighetsanalyser for å sikre forsvarlighet i prosessene og nødvendige tiltak for å redusere risiko. Arbeidet må sees i sammenheng med, og innarbeides i, oppdatering av Utviklingsplan 2035 og utføres i tråd med «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner».
7. Styret vil følge utviklingen av aktivitet og kvalitet nøye gjennom regelmessige rapporteringer.
8. Styrets tilslutning til ny driftsmodell for SSF er betinget av at modellen er i samsvar med kravene i Nasjonal helse- og sykehusplan og Veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Styret oversender vedtak og saksdokumenter til Helse Sør-Øst RHF og ber om at det avklares at endringene er i samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan og Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.
9. Styret pålegger administrerende direktør å sikre sterk involvering og gode prosesser i den omstillingen som skal gjennomføres ved SSF, og bruke nødvendig tid til implementeringen. Det forutsettes at HSØs 12 prinsipper for medvirkning ved omstilling og lokal omstillingsveileder følges.»

Hensikten med denne saken er å vurdere hvor vidt driftsmodellen som Sørlandet sykehus HF legger opp til ved Flekkefjord sykehus er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan og om utredningen, herunder prosess, forankring, risikovurdering og kvalitetssikring, er i samsvar med vedtatt veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Etter behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF vil saken bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

## 2. Hovedpunkter

### 2.1. Bakgrunn og forutsetninger

#### **Nasjonal helse- og sykehusplan**

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan 17. mars 2016. I planen defineres ulike typer akuttisykehus slik:

- «Betegnelsen stort akuttisykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60-80.000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akuttkirurgi og flere medisinske spesialiteter.»
- «Betegnelsen akuttisykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»

Stortinget fattet også blant annet følgende vedtak av betydning for denne saken:

- «Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.»
- «Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.»

#### **Oppdrag gitt i foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016**

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 4. mai 2016 (sak 7) ble oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan behandlet. Det ble blant annet lagt til grunn følgende presiseringer:

- «Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»
- «Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.»
- «Eventuelle endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.»

Videre la foretaksmøte til grunn følgende:

*«Foretaksmøte viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.»*

*Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en*

*kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksrådet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:*

- *Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.*
- *Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.*
- *I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.*
- *Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.*
- *Arbeidet med avklaring av akutfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017».*

Oppdraget med å avklare videre utvikling av tjenestetilbudet ved Sørlandet sykehus Flekkefjord ble gitt videre til Sørlandet sykehus HF i foretaksråd 8. juni 2016 med samme ordlyd.

### **Veileder for arbeidet med utviklingsplaner**

Det er utarbeidet en felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 056-2016. Veilederen stiller en rekke spesifikke krav både til prosess og innhold.

Om risiko- og mulighetsanalyser heter det:

*«Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte. Endringer i akutfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige. Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.*

*Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akutfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.»*

Om kvalitetssikring av utviklingsplaner heter det:

*«Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser.»*

## **2.2. Nærmere om utredningen fra Sørlandet sykehus HF**

Sørlandet sykehus HF nedsatte høsten 2016 en prosjektgruppe som skulle utrede akutfunksjonene ved Flekkefjord sykehus.

Den 27.03.15 besluttet administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF at større, akutte, kompliserte bukoperasjoner ved Flekkefjord sykehus skulle opphøre. Det utføres fortsatt mindre, akutte og planlagte operasjoner i buken, som blindtarm- og galleoperasjoner, ved sykehuset. Det ble gitt som en premiss for arbeidet med utredning av akutfunksjoner ved Flekkefjord sykehus at utredningen blant annet skulle bygge på dette vedtaket fattet av administrerende direktør.

Prosjektgruppen leverte rapporten «Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord» 6. januar 2017. Rapporten ble sendt på høring samme dag med høringsfrist 3. februar 2017.

Rapporten fastslår at det er stor enighet om at akutt-tilbudet innen indremedisin og føde skal opprettholdes eller styrkes ved Flekkefjord sykehus. Dette er uavhengig av foreslåtte driftsmodeller. Modellene skiller seg først og fremst i hvordan det akuttkirurgiske tilbudet skal ivaretas. Akuttkirurgi kan deles i akutt ortopedi (skader på muskel- og skjelett) og akutt gastrokirurgi (mage- og tarmlidelser).

Modell A forelå i ulike varianter, men kjennetegnes av:

- Flekkefjord sykehus skal ikke ha akutt gastrokirurgi eller alternativt skal det bare ha akutt gastrokirurgi på dagtid mandag til fredag
- Flekkefjord sykehus skal ha akutt ortopedi på døgnbasis mandag til fredag, alternativt kun akutt ortopedi på dagtid mandag til fredag

Modell B kjennetegnes av:

- Flekkefjord sykehus skal ha akutt gastrokirurgi på døgnbasis hele uken
- Flekkefjord sykehus skal ha akutt ortopedi på døgnbasis hele uken

Etter høring modifiserte administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF forslaget til en modell der:

- Flekkefjord sykehus ikke skal ha akutt gastrokirurgi
- Flekkefjord sykehus skal ha akutt ortopedi på døgnbasis hele uken

Den driftsmodellen som styret i Sørlandet sykehus HF har vedtatt innebærer at Flekkefjord sykehus videreføres som akuttsykehus med akutfunksjon i indremedisin (inkludert hjerneslagsbehandling), fødetilbud med beredskap for keisersnitt, akutt ortopedi og anestesi i døgnvakt, samt planlagt kirurgi. Alle øyeblikkelig hjelp pasienter som trenger gastrokirurgisk vurdering henvises til Kristiansand.

Rapporten «Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord» har vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring av Metier. Det vises til overordnet vurdering og hovedinntrykk fra Metier:

*«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 ivarettatt.*

*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.»*

Metier har også gjennomført ekstern kvalitetssikring av saksfremlegget til administrerende direktør i Sørlandet sykehus HF i styresak 013-2017, behandlet av styret den 23.02.17. I notat av den 20.02.17 fra Metier heter det:

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

Videre heter det:

*«AD sin innstilling til vedtak har, slik vi vurderer det, bidratt til å endre og redusere risikobildet noe sammenlignet med modell A.»*

### **3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Nasjonal helse- og sykehusplan definerer ulike typer sykehus. Flekkefjord sykehus har et opptaksområde på om lag 42.000 innbyggere og defineres som et akutt sykehus.

I definisjonen av akutt sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan heter det også «Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig».

Utredning av endringer i akutfunksjoner er krevende prosesser preget av høy kompleksitet og sterkt engasjement i og ikke minst utenfor sykehusene. Dette medfører at det er høye krav til prosess og dokumentasjon.

Den modifiserte driftsmodellen som styret i Sørlandet sykehus har sluttet seg til, innebærer etter administrerende direktørs vurdering en bedre håndtering av akutt kirurgi og traume enn de to opprinnelige modellene som var beskrevet i prosjektgruppens rapport. Dette blant annet fordi modellen er enklere og lettere å forstå enn de opprinnelige modellene.

- Det er ingen vekslingspunkter i tid (det er lik beredskap hele tiden), hvilket reduserer faren for misforståelse.
- Modellen er faglig ren, all akutt gastrokirurgi skal til Sørlandet sykehus, Kristiansand, og all akutt ortopedi skal til Sørlandet sykehus, Flekkefjord. Dette letter samarbeid med andre ledd i helsetjenesten og gir grunnlag for rett pasient til rett sykehus.

Administrerende direktør konstaterer at ekstern kvalitetssikrer i sin gjennomgang av prosjektrapporten bekrefter at prosessen i stor grad har vært i henhold til veileder for arbeidet med utviklingsplaner.



En god risiko- og sårbarhetsanalyse er en forutsetning for å kunne endre akutfunksjoner med lavest mulig risiko. Ekstern kvalitetssikrer påpeker imidlertid at de riktige endringene ikke er risikovurdert, at risikovurderingen ikke er tilstrekkelig i forhold til krav i veileder, at risikoreduserende tiltak ikke er tilstrekkelig beskrevet, samt at risikoanalysen ikke belyser både dagens situasjon og foreslåtte endringer.

ROS-analysen ble ferdigstilt etter at prosjektgruppens arbeid var avsluttet. Det er administrerende direktørs vurdering at ROS-analysen har mangler i forhold til innhold og hvordan den har blitt gjennomført. Hensikten med å gjøre en ROS-analyse ved endring i akutfunksjoner, er best mulig å forstå de risiko-områder som endringene medfører, for eksempel:

- Hvor forståelig er modellen for primærhelsetjeneste, legevakt og brukere
- Hvor enkel er den – er det mange «vekslinger» i beredskap av typen « før klokken x skal pasienten til sykehus A og etter klokken x til sykehus B»
- Hva er sjansen for at pasienter sendes til feil sykehus
- Hvordan påvirker tiltaket prehospitalet kapasitet (hvor mange pasienter må transporteres ekstra). For akuttkirurgi gjelder dette både antall pasienter som innlegges til operasjon og til vurdering for operasjon
- Er det tilstrekkelig kapasitet på mottakende sykehus

Administrerende direktør mener at dette i liten grad er adressert i ROS-analysen. Det er heller ikke i tilstrekkelig grad vist hvilke tiltak som skal iverksettes for å redusere risiko der denne er høy.

En annen innvending mot foreliggende ROS-analyse er at den er gjort på opprinnelige modell A og B, mens administrerende direktør i Sørlandet sykehus HF's forslag er forskjellig fra både modell A og B. Det skal legges til at dette forslaget synes å ha lavere risiko enn prosjektgruppens forslag til modeller, men dette er altså ikke risikovurdert og dokumentert.

Videre påpekes det at Sørlandet sykehus HF ikke har gjennomført en mulighetsanalyse.

Det har vært gjentatte dialogmøter mellom ledelsen i Sørlandet sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF etter foretaksrådet 8. juni 2016 (24. august 2016, 13. desember 2016 og 18. januar 2017). ROS- analysen har vært diskutert i alle møtene.

I siste tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF sendt 21.01.17 blir følgende spesielt påpekt: *«ROS-analysen er gjennomført av prosjektgruppen. Det stilles spørsmål ved metodikk og om det er sikret tilstrekkelig kompetanse/forutsetninger for å vurdere de ulike risikoelementene. Sørlandet sykehus må vurdere nøye hvordan en skal forholde seg til risikoanalysen slik den foreligger. I tillegg må det foreligge en risiko- og mulighetsanalyse knyttet til det forslag som til slutt fremmes til styret».*

Administrerende direktør mener at Sørlandet sykehus HF ikke har fulgt dette opp i tilstrekkelig grad.

Det er gjennom arbeidet med vurdering av akutfunksjoner ved Flekkefjord sykehus heller ikke gjennomført en egen transportanalyse eller sammenligning av reisevei til andre sykehus. Dette er også påpekt av ekstern kvalitetssikrer. Videre er det mangler knyttet til detaljerte beskrivelser av pasientforløp for akutte tilstander, inkludert rollene til kommunale



legevakter, AMK og prehospitale tjenester. I tillegg vil administrerende direktør anbefale at det vurderes nærmere hvordan de tre sykehusene i Sørlandet sykehus HF kan videreutvikle sitt nettverkssamarbeid i tråd med beskrivelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan

Administrerende direktør mener at hovedspørsmålet er om risiko- og sårbarhetsanalysen er god nok til å understøtte beslutningen. Det er særlig to forhold som sår tvil rundt dette. For det første er den vedtatte driftsmodellen annerledes enn forslagene som ble sendt på høring og som var gjenstand for ROS-analyse. Driftsmodellen ligner modell A, men i utgangspunktet hadde modell A flere undergrupper og det er vanskelig å vurdere om resultatet er overførbart.

For det andre pekes det i styresaken fra Sørlandet sykehus HF flere steder på at man har valgt å bruke samme risikofaktorer i analysene som man ellers har brukt i Utviklingsplan 2030. Dette fanger imidlertid ikke opp de konkrete risiko-områdene som oppstår når man endrer akuttkirurgi og traumehåndtering.

Det vises også til at styret i Sørlandet sykehus HF har påpekt at ekstern kvalitetssikring av høringsrapporten viser svakheter i prosessen, også knyttet til risiko- og mulighetsanalysen. Videre påpeker styret i Sørlandet sykehus HF at det må gjennomføres nødvendige risiko- og mulighetsanalyser for å sikre forsvarlighet i prosessene og nødvendige tiltak for å redusere risiko (jmf. punkt 6 i styrevedtaket i sak 013-2017 i Sørlandet sykehus HF).

Administrerende direktør vurderer at den gjennomførte ROS-analysen ikke er tilstrekkelig. I tillegg er det ikke gjennomført mulighetsanalyser. I vedtatte *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* kreves det at risiko- og mulighetsanalyser gjennomføres ved endringer av akutfunksjoner. Det må således gjennomføres en ROS-analyse som adresserer spesifikke utfordringer knyttet til endringer i akutttilbud og ikke minst peker på hvilke tiltak som vil redusere risiko. Samtidig må det gjennomføres en mulighetsanalyse. Slike analyser er vesentlig for tryggheten knyttet til beslutning og gjennomføring av endringer i akutfunksjoner.

Administrerende direktør vil derfor ikke ta endelig stilling til driftsmodell ved Flekkefjord sykehus før slike analyser foreligger. Det forutsettes at dagens driftsmodell videreføres i mellomtiden. Arbeidet med utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF vil fortsette gjennom 2017 og risiko- og mulighetanalyse kan gjennomføres som del av dette arbeidet med endelig tidsfrist 1. mars 2018.

Trykte vedlegg (eget PDF-dokument grunnet omfanget):

- Styresak 013-2017 i Sørlandet sykehus HF – *Akutfunksjoner i Flekkefjord*
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Sørlandet sykehus HF den 23.02.17
- Rapport – *Samlede akutfunksjoner i Flekkefjord*, datert 06.01.17
- Rapport fra Metier – *Ekstern kvalitetssikring av utredningen «De samlede akutfunksjoner i Sørlandet sykehus i Flekkefjord»*, datert 13.02.16
- Notat fra Metier – *Rapport etter ekstern kvalitetssikring av AD sitt saksframlegg for akutfunksjoner i Flekkefjord – sak nr 013-2017*, datert 20.02.17

Utrykte vedlegg:

- Styresak 056-2016 i Helse Sør-Øst RHF – *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*