

Arkivsak

Dato 22.10.2020

Saksbehandler Nina Mevold

## Saksframlegg

---

<b>Styre</b>	Sørlandet sykehus HF		
<b>Møtedato</b>	29.10.2020		
<b>Sak nr</b>	073-2020	<b>Sakstype</b>	Beslutningssak
<b>Sakstittel</b>	<b>Oppfølgingsplan for konsernrevisjonen rapport 6/2020 Uønskede hendelser i SSHF</b>		

---

Konsernrevisjonens rapport 6/2020 *Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF* ble behandlet i styremøte 25.09.2020 (sak 069-2020).

Det legges med dette fram for styret prosess og plan for oppfølging av tiltak i SSHF etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF (SSHF).

### Forslag til vedtak

Styret stiller seg bak Oppfølgingsplan for rapport 6/2020, *Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF*.

---

### Vedlegg til saken

- Oppfølgingsplan for rapport 6/2020, Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF
- Konsernrevisjonens rapport 6/2020 Revisjon etter uønskede hendelser i SSHF

## 1 Bakgrunn for saken

Det vises til Konsernrevisjonsrapport 6/2020 *Revisjon etter uønskede hendelser ved SSHF*. Administrerende direktør har holdt styret orientert om revisjonsprosessen under sine orienteringer til styret. I sak 069-2020 ble rapporten fremlagt. På bakgrunn av konsernrevisjonens forslag til videre oppfølging i SSHF, fremlegges med dette en plan med tiltak for videre prosess og oppfølging.

Bakgrunnen for revisjonen er at det over tid har fremkommet informasjon om uønskede hendelser knyttet til faglig kvalitet utført ved kirurgisk avdeling Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) i perioden 2016-2018. Fylkesmannen har i perioden 2017-2019 gjennomført flere tilsyn på bakgrunn av de uønskede hendelsene ved SSF. Det har fremkommet mediesaker om tilsynssakene og enkeltpasienter har stått frem med sine historier. Noen av hendelsene var knyttet til en av overlegene ved avdelingen. I 2019 ble legen overført til en utdanningsstilling i ortopedi i Kristiansand. Etter overføringen har det fremkommet ytterligere uønskede hendelser knyttet til legen. Fylkesmannen i Agder har oversendt saker som legen er involvert i, samt spørsmål om foretakets ansvar til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner. Konklusjoner fra Helsetilsynet foreligger ikke.

Det har også i perioden 2016-2018 forekommet interne bekymringsmeldinger om pasientsikkerheten fra miljøer ved Sørlandet sykehus Flekkefjord og fra tillitsvalgte. Eksempelvis mottok Fylkesmannen en bekymringsmelding i desember 2018 om kvaliteten innen ortopedi i Flekkefjord fra ortopedimiljøet i Kristiansand.

Revisjonen retter seg mot fagmiljøene i kirurgi og ortopedi i Flekkefjord og ortopedi i Kristiansand. Mange av tiltakene i SSHFs oppfølging rettes likevel til foretaksnivå for å forebygge lignende hendelser.

Foretaksledelsen har erkjent behovet for og de siste årene jobbet med en systematisk videreutvikling av styrings- og kvalitetssystem og arbeid med pasientsikkerhet. I 2019 og 2020 er det derfor innført målrettede tiltak og utvikling både på foretaksnivå og ved Sørlandet sykehus Flekkefjord. Funnene i rapport 6/20 tas på stort alvor, og oppfølgingen av rapportens anbefalinger vil prioriteres. Det bemerkes samtidig at rapporten bekrefter at foretaket de siste årene har jobbet med de riktige områdene.

## 2 Saksopplysninger

### 2.1 Prosess for oppfølging

Det har vært omfattende møtevirksomhet, informasjons- og forankringsarbeid og oppfølging i og utenfor organisasjonen, slik tabellen under viser.

Dato	Aktivitet	Status
16-17-18 september	Møter med <ul style="list-style-type: none"> <li>Fagmiljø SSF og SSK (felles Skypemøte)</li> <li>Tillitsvalgte</li> <li>Brukerutvalget</li> <li>Pasientombudet</li> <li>Fylkesmannen</li> <li>Vertskommunene- ordfører og rådmenn, samt fylket</li> <li>Orienterer Agder-benken</li> <li>Sendt rapporten til Helsefelleskapet (kommunene)</li> </ul>	Gjennomført etter plan
17. september Kl. 16.00	Offentliggjøring Styresaksutsendelse HSØ Pressemelding HSØ Pressemelding SSHF	Gjennomført etter plan
22. september	Sak i Foretaksledelsen	Aktuelle avdelingssjefer deltok på temaet i foretaksledelsesmøtet
23. september	Presentasjon på Fellesmøte med klinikkledelser, med innspill til oppfølging fra klinikkledelsene	I planlegging, opplegg diskuteres i FL-møte 22. september
24. september	Styremøte HSØ	Gjennomført etter plan
25. september	Dialogmøte tillitsvalgte	Gjennomført etter plan
25. september	<b>Ekstraordinært styremøte SSHF -orienteringssak</b>	Gjennomført etter plan
25. september	To allmøter om temaet	Gjennomført etter plan
6. oktober	Gjennomgang i foretaksledelsen	Gjennomført etter plan
12. oktober	Ungdomsrådet	Gjennomført etter plan
19. oktober	Tema på avdelingssjefsamling	Gjennomført etter plan
20. oktober	Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20 i foretaksledelsen	Gjennomført etter plan
22. oktober	Styresaksutsendelse	Sak Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20 ferdigstilt
22. oktober	Orientering i Helsenettverket	
22. oktober	Utsendelse av styresaker SSHF	
26. oktober	Dialog/drøftingsmøte med tillitsvalgte	
	<b>Orienterer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fagmiljø SSF og SSK</li> <li>Tillitsvalgte, brukerutvalget</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientombudet</li> <li>• Fylkesmannen</li> <li>• Vertskommunene</li> </ul>	
29. oktober	<b>Styremøte SSHF med behandling av Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20</b>	
3. november	Møte med Fylkesmannen	AD, fagdirektør og organisasjonsdirektør
Høsten 2020	Rapportering til styret på status for oppfølging av Plan for oppfølging av konsernrevisjonsrapport 6/20	

## 2.2 Konsernrevisjonens anbefalinger

Revisjonen viser at det i perioden 2018-2020 er gjennomført flere tiltak for å sikre en god kvalitet på pasientbehandlingen ved SSF, et godt system for LIS-opplæring, samt hensiktsmessige retningslinjer og strukturer for registrering og oppfølging av uønskede hendelser. Revisjonen viser imidlertid at det har vært og er flere utfordringer og svakheter knyttet til ulike forhold som er undersøkt i revisjonen. Revisjonen konkluderer og vurderer de ulike områdene.

Konsernrevisjonen gir SSHF følgende anbefalinger basert på vurderingene i revisjonen:

### 1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

Vi anbefaler at SSF styrker oppfølgingen av at indikasjon før operasjoner blir fastsatt i tråd med nasjonale retningslinjer.

### 2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi

Vi anbefaler at rutinene for informasjon til pasienter styrkes i avdelingene, slik at det legges til rette for god kommunikasjon med pasienter og pårørende. Dette gjelder hvilken informasjon pasienter skal få om risikoer, prognose og behandlingsvalg, samt hvordan dette skal dokumenteres i journal.

### 3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF

Vi anbefaler at listene over tillatte operasjoner i SSF vurderes med henblikk på å: spesifisere listen for generell kirurgi der tilstander kan omfatte både komplekse og enkle operasjoner, som for eksempel ventralhernier vurdere om det er tilstander på listen over ortopediske inngrep som enten bør fases ut som følge av faglig utvikling, eller overføres til SSK på grunn av lavt volum.

Vi anbefaler videre at det defineres en modell for forvaltning av listene der det fremgår ansvar, roller og myndighet knyttet til å gjøre endringer i listene. I tillegg anbefaler vi at SSF vurderer behovet for systematisk oppfølging av at listene etterleves.

### 4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF

Vi anbefaler at det ved ansettelser sikres dokumentasjon på vurderinger av faglige kvalifikasjoner og personlig egnethet, og at sentrale dokumenter som attester og liknende innhentes og arkiveres. Videre at det dokumenteres hvilke referanser som er benyttet og hva som er fremkommet i samtalene. Det siste er særlig relevant ved ansettelse av kirurger som ikke er kjent fra større norske fagmiljøer.

### 5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF

Vi anbefaler at det innen de kirurgiske fagområdene arbeides videre med å etablere et tettere faglig samarbeid innad i SSHF. Arbeidet bør omfatte:

- a. felles tilrettelegging og oppfølging av faglig praksis
- b. vedlikehold og utvikling av kompetanse
- c. vurdering av kompetanse ved ansettelse av kirurger i SSF

#### **6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning**

Vi anbefaler at det vurderes tiltak for å sikre dokumentasjon under LIS-forløp, herunder at:

- a. individuelle opplæringsplaner utarbeides innen rimelig tid
- b. veiledning og viktige samtaler med LIS-kandidater referatføres
- c. eventuelle individuelle rammer eller andre tilpasninger for LIS-kandidater nedfelles skriftlig

#### **7. Håndtering av uønskede hendelser**

Vi anbefaler at SSHF fullfører planlagte tiltak for å videreutvikle prosesser for å melde inn og håndtere uønskede hendelser. I dette arbeidet bør det påses at følgende blir ivarettatt:

- a. at avvik meldes på det tidspunktet det avdekkes, eksempelvis i forbindelse med operasjoner, reoperasjoner eller polikliniske kontroller
- b. at ansvar og krav til saksgang og dokumentasjon ved saker vedrørende uønsket adferd og personalmessige forhold blir gjort tydelig
- c. at det vurderes at tiltak gir nødvendig effekt eller om det fortsatt er risiko for gjentakelser før saker lukkes
- d. at det vurderes å gjennomføre analyser av uønskede hendelser som kan fange opp et uvanlig stort antall hendelser knyttet til en enhet over tid
- e. at varslingsordningen er tilstrekkelig kjent i organisasjonen

#### **8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp**

Vi anbefaler at SSF i etterkant av gjennomgangen av tidligere opererte pasienter, gjør en analyse av resultatene. Formålet vil her være å vurdere om det er noen operasjonstyper hvor det kan være behov for å kontakte og gjennomgå ytterligere pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp.

### **2.3 Oppfølging av anbefalingene**

Plan for oppfølging av konsernrevisjonen (vedlagt) definerer tiltak for å utbedre de anbefalingene som fremkommer i rapporten. Administrerende direktør benytter rapporten som et godt beslutningsgrunnlag i det pågående arbeidet med forbedring av kvalitetssystemet. Selv om rapporten retter seg mot utvalgte enheter ved SSHF, forstås den på tvers av lokalisasjoner og klinikker. Kvalitetssystemet, forbedringsarbeid og uønsket hendelser er viktige strategiske innsatsområder i oppdatering av strategi 2021-2024. Det er også identifisert en planprosess for området; Plan for kvalitet, forbedring og pasientsikkerhet (Kvalitetsplanen). Mange av temaene i oppfølgingsplanen videreføres i den kommende Kvalitetsplanen.

Innholdet i den vedlagte planen har vært gjenstand for forankring i organisasjonen. Det er blant annet gjennomført et fellesmøte med klinikkledelsene, og tema fra rapporten ble grundig arbeidet med på administrerende direktørs avdelingssjefsamling i oktober. Klinikkledelelsene har diskutert og gitt sine innspill på følgende:

- Hva er denne klinikkledelsens innspill til oppfølging av anbefalingene rapporten?
- Hvor er de viktigste manglene i våre systemer?
- Hva er de viktigste tiltakene?

Innspillene fra klinikkene har vært benyttet i planen.

Det er gjennomført rotårsaksanalyser. Flere møter hvor anbefalingene har blitt diskutert, er gjennomført i foretaksledelsen, avdelingssjefsmøte og med de berørte avdelingene. Dette har gitt nyttige innspill og vurderinger for oppfølging av rapporten. Tiltakene er gruppert under de 8 anbefalingene i rapporten:



Figur 1 – 8 områder for tiltak for oppfølging av Konsernrevisjonens rapport 6/2020

Ved hvert av tiltakene er det identifisert ansvar og tidspunkt for gjennomføring. Rollen med understreket er hovedansvarlig for tiltaket. Planen vil suppleres med et arbeidsdokument i form av et excelark for oppfølging og rapportering.

Iverksetting av oppfølgingsplanen med endring av systemer og gjennomføring av tiltak vil kreve tid og ressurser. Administrerende direktør vil vurdere og legge fram behov for bemanning av tiltaksarbeidet i budsjettsak til styremøtet.

## 2.4 Rapportering til styret

Administrerende direktør vil legge fram status for oppfølgingsplanen for styret i egne saker i samme møter som tertialrapportering til styret legges fram. Det utarbeides en rapporteringsmal som synliggjør framdrift på områdene i planen.

### 3 Administrerende direktørs vurderinger

Mottak av konsernrevisjonsrapporten innebærer en overgang for Sørlandet sykehus fra å være et revisjonsobjekt til en aktør med ansvar for å gjennomføre anbefalte tiltak, og redusere risiko som Konsernrevisjonen har pekt på.

Konsernrevisjonens rapport peker på åtte hovedanbefalinger som er riktige og den gir foretaket viktige innspill som er i tråd med hovedlinjene foretakets forbedrings- og utviklingsarbeid.

Rapporten bekrefter at foretaksledelsen har gjennomført et løft i styrings- og kvalitetssystem og pasientsikkerhet i perioden 2018-2020. Mange tiltak innen de åtte anbefalingene er allerede innført.

I framlagte oppfølgingsplan beskrives tiltak som er gjennomført, igangsatt og planlagt. Det er gjort en stor jobb med identifisere de riktige tiltakene som svarer ut anbefalingene på en best mulig måte. De fleste anbefalingene er relativt konkrete og avgrensede, med unntak av anbefaling 5: *Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF*. Den anbefalingen er det naturlig å koble til vurderingen i rapporten; «Etter vår vurdering kreves det ytterligere tiltak for å oppnå en bærekraftig og faglig god virksomhet i SSF i et langsiktig perspektiv» (s. 8).

Dette området er omfattende, og det å få gode resultater innen området er i noen grad relatert til tiltak, som det er redegjort for i Oppfølgingsplanen. Gode resultater kan likevel innen dette området bare forventes gjennom et langsiktig ledelsesarbeid. Høye ambisjoner for kvalitet og pasientsikkerhet ved alle klinikker og lokasjoner deles og eies ved alle ledelsesnivåer i foretaket.

Det er med andre ord vedvarende kulturarbeid, lederskap og ledelsesoppfølging som er nødvendig for å få til en slik omstilling.

Foretaket går inn i avslutningen av arbeid med strategi 2021-2024, og av tre identifiserte områder som foretaket må lykkes med for å oppnå strategimålene, er Kultur for helhet og samarbeid identifisert. Når vi lykkes med dette, vil det gagne pasientbehandlingen og det vil gagne foretakets økonomiske handlingsrom ved at ressursene benyttes bedre på tvers av klinikkene.

Det har vært krevende for foretaket å stå i den tunge situasjonen med uønskede hendelser innen ortopedi og kirurgi. Det er tungt å møte konsekvenser av uønskede hendelser for pasienter. Det er og vil alltid være knyttet risiko ved sykehusbehandling, men Sørlandet sykehus skal ha høye ambisjoner for kvalitet og pasientsikkerhet på alle lokasjoner. Denne saken innebærer tap av omdømme i regionen, og den innebærer et betydelig arbeid som er lagt ned for å følge opp helsetilsyn og revisjon. Arbeid som helst skulle vært knyttet til utvikling og oppnådde resultater. Nettopp derfor er det viktig at foretaket benytter Konsernrevisjonens rapport, og kommende tilbakemelding fra Helsetilsynet som beslutningsgrunnlag for utvikling av styrings- og kvalitetssystem og pasientsikkerhet. Derfor er denne rapporten, og gjennomføringen av den av stor viktighet og foretaksledelsen vil være dedikerte i sin oppfølging av den.

Administrerende direktør anbefaler styret å slutte seg til rapporten.