

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

23.10.2020

Innhold

Innledning og bakgrunn.....	3
1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF.....	6
1.1. Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer.....	6
2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi.....	6
2.1. Innføre samvalg.....	6
3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF.....	7
3.1 Listen i generell kirurgi.....	7
3.2 Vurdering av listen for ortopediske inngrep ved SSF.....	7
3.3 System for forvaltning av lister.....	7
4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF.....	8
4.1 Revidere SSHFs ansettelsesrutiner.....	8
4.2 Forbedre rutiner i Webcruiter.....	8
5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF.....	9
5.1 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers.....	9
6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning.....	12
6.1 Individuelle opplæringsplaner.....	12
6.2 Oppfølging av veiledning og kompetanseutvikling i utdanningen.....	12
6.3 Individuelle rammer og andre tilpasninger.....	13
7. Håndtering av uønskede hendelser.....	14
7.1 Meldekultur.....	14
7.2 Tydelige rutiner ved saker vedrørende uønsket adferd.....	14
7.3 Vurdere effekt før saker lukkes.....	14
7.4 Strukturert overvåkning av uønskede hendelser.....	15
8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp.....	16
Vedlegg.....	17

Innledning og bakgrunn

I denne planen redegjøres det for Sørlandet sykehus HF sitt oppfølgingsarbeid etter konsernrevisjonens rapport 6/2020 «Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF».

Det har over tid 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 knyttet til legens arbeid samt spørsmål om foretakets ansvar til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner. Konklusjonen 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.

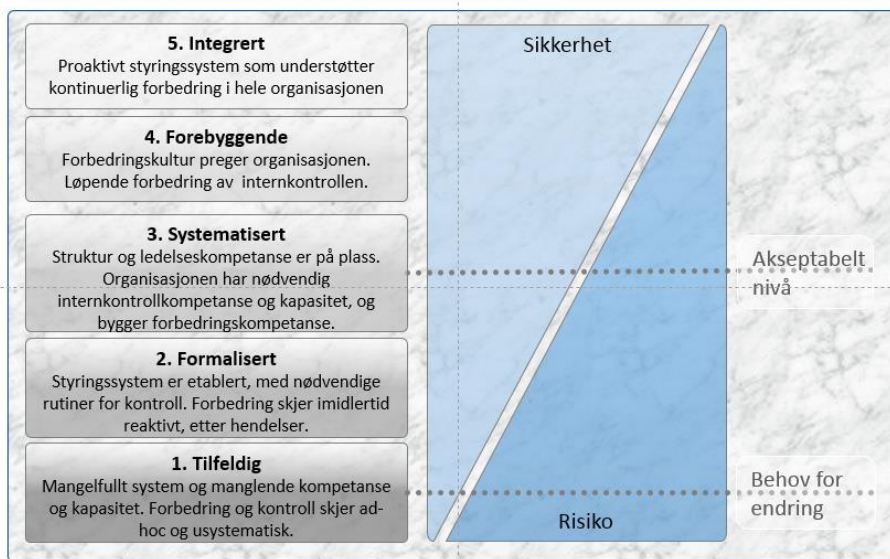
Revisjonen retter seg mot fagmiljøene i kirurgi/ortopedi i Flekkefjord og ortopedi i Kristiansand. Mange av identifiserte tiltak i SSHFs oppfølging rettes på foretaksnivå for å forebygge lignende hendelser. Foretaksledelsen har erkjent et behov for systematisk videreutvikling av styrings- og kvalitetssystem og arbeid med pasientsikkerhet. I 2019 og 2020 har det vært jobbet målrettet med tiltak og utvikling både på foretaket nivå og ved Sørlandet sykehus Flekkefjord. Rapport 6/20 bekrefter at foretaket jobber med de riktige områdene, og gir samtidig gode og nødvendige anbefalinger.

På foretaksnivå er det fra 2019 innført Ledelsens gjennomgang¹. Foretaksledelsen gjennomgår og vurderer overordnede styringsstrukturer i helseforetaket fire ganger i året. Modenhetsnivået ved de ulike deler av foretakets styrings- og kvalitetssystem graderes etter en fem-nivå skala fra 1 (tilfeldig) til 5 (integreert). Nivå 3 (systematisert) er akseptabelt, og administrerende direktørs mål for foretaket samlet er et kvalitetsnivå 4 (forebyggende).

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Figur 1: SSHFs modenhetsskala for styrings- og kvalitetssystem

Modell for SSHF – styringssystemets modenhet



Sykehusstyret og Helse Sør-Øst RHF orienteres om kvalitetsparametere i hvert møte. Sist gang administrerende direktør la frem overordnet status vedrørende sykehusets kvalitetsarbeid for styret var i styremøtet i mars 2020. ²

Konsernrevisjonen knytter i sin innledning i rapport 6/2020 kommentarer til tre forhold:

Akuttfunksjoner: «Ledelsen ved Sørlandet sykehus HF (SSHf) utredet i 2016-2017 om akuttkirurgien ved SSF skulle opprettholdes. Erfaringene viste at det var krevende å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehuset. Styret ved SSHf besluttet i februar 2017 å legge ned akuttkirurgien og traumemottaket. I foretaksrådet til Helse Sør-Øst RHF april samme år, ble det imidlertid vedtatt at akuttfunksjonene skulle videreføres ved SSF.» (s. 4)

Omorganisering: «I 2016 innførte helseforetaket stedlig ledelse i de somatiske klinikkene. Formålet var å øke aktiviteten og redusere bemanningsveksten gjennom bedre styring og kontroll. Dette skulle bedre den økonomiske utviklingen. En ekstern evaluering i 2019 pekte på at målene med omorganiseringen ikke var nådd. Stedlig ledelse medførte bedre samarbeid internt i den enkelte klinikk, men resulterte samtidig i dårligere faglig samarbeid på tvers. For SSF ble det krevende å ivareta det faglige ansvaret etter overgangen til stedlig ledelse.» (s.4)

Endringer i ledelse: «Det har de siste årene vært flere endringer i ledelsen ved SSHf. Ny administrerende direktør tiltrådte i oktober 2018. Videre ble ny klinikkdirektør ved SSF tilsatt i 2019, og ny fagdirektør i helseforetaket tiltrådte i 2020. De siste årene har ledelsen iverksatt ulike tiltak for å utvikle kvalitetssystemet i helseforetaket, og for å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten i de kirurgiske aktivitetene i SSF.» (s. 4)

Disse forholdene samsvarer i stor grad med foretakets egen rotårsaksanalyse. Vår interne rotårsaksanalyse var ytterligere spisset på noen særegne «røtter» ved SSHf og bidro til å identifisere utfordringer i våre systemer. Flere av utfordringene er lukket våren 2020, eller er i ferd med å lukkes. Et viktig funn var økt behov for gjennomgang med bruk av revisjonsmetodikk til bruk ved interne

² <https://sshf.no/seksjon/Styret/Documents/Styredokumenter%202020/2020-03/009-2020%20Sak%20-%20Kvalitetssystem%20SSHf.pdf>.

gjennomganger. SSHF har i høst igangsatt opplæring av egne medarbeidere i denne metodikken, for å sikre egenkontroll innenfor viktige områder. Videre har SSHF jobbet målbevisst for å kunne hente ut «real-time» data fra egne systemer, slik at kvalitetsparametere kan følges på ukentlig basis. Dette kommer på plass tidlig i 2021. Planlagte kompenserende strukturer etter omorganisering til stedlig ledelse, som fagråd og foretaksovergrepene som rotasjonsordninger, felles kompetanseutvikling for overleger og felles ventelister ble i liten grad fulgt opp i årene etter organisasjonsendring til stedlig ledelse i 2016-2018. Hyppige skifter av fagansvarlig overlege og avdelingssjef ved SSF i perioden fram til 2018 har bidratt negativt.

Ett av områdene som Konsernrevisjonen anbefaler er av en mer overordnet karakter enn de øvrige sju anbefalingene. Det gjelder anbefaling 5; Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF. Det arbeides med ny strategiplan for Sørlandet sykehus HF, og flere av de anbefalte områdene vil inngå i strategiplan for 2021-2024. Det gjelder i stor grad videreutvikling av faglig samarbeid mellom klinikkene, der «Kultur for helhet og samarbeid» er ett av tre prioriterte områder der foretaket må lykkes for å oppnå de strategiske målene i strategiplanen.

Administrerende direktør legger opp til en tertialvis rapportering til styret på oppfølgingsarbeidet.

I det følgende gjennomgås status og planer for arbeid i henhold til de åtte anbefalte tiltaksområder fra Konsernrevisjonen.

Ved hvert av tiltakene er det identifisert ansvar og tidspunkt for gjennomføring. Rollen med understrek er hovedansvarlig for tiltaket. Planen vil suppleres med administrerende direktørs arbeidsdokument i form av et excelark for oppfølging og rapportering, som en base for rapportering.

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.» (s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

1.1. Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer

Status: Igangsatt

Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.). Alenespesialister, eller spesialister fra små fagområder må knyttes til større interne fagmiljøer for å sikre at kompetansen vedlikeholdes og videreutvikles. Dette innebærer rotasjon på tvers av helseforetaket, deltagelse i internundervisning og revitalisering av fagråd. I løpet av 2021 vil det utarbeides en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle overleger ved SSHF (se punkt 5).

Innen ortopedi roterer ortopeder fra SSK til SSF i dag, men det er i liten grad interaksjon mellom SSK-legene og legene ved SSF. For gastromedisin er det igangsatt et arbeid med pasientforløp.

Framdrift og ansvarlig: Fagdirektør og organisasjonsdirektør, klinikkdirektører, høst 2020 og vår 2021

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.» (s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

2.1. Innføre samvalg

Status: Igangsatt

Samvalg er et sentralt satsningsområde i SSHF og i HSØ i den kommende strategiperioden, og det er i SSHF satt mål om at minst 80% av pasientene opplever reelt samvalg (i situasjoner hvor samvalg er aktuelt) i 2024. Samvalg er avhengig av god pasientinformasjon slik at pasientens helsekompetanse er tilstrekkelig til å ta gode valg. SSHF har et velutviklet tilbud i enkelte enheter, men ikke i alle. Det er igangsatt et arbeid mer å rulle ut og videreutvikle samvalg ved SSHF. Det regionale senteret for pasient- og pårørendeopplæring er lokalisert til SSHF; og det samarbeides tett med dette.

Korrekt journaldokumentasjon er viktig i forbindelse med samvalg. Det skal lages fraser i den elektroniske pasientjournalen som sikrer at viktig informasjon i forbindelse med konsultasjonen blir dokumentert. Det innebærer påminnelse i form av standardiserte maler i pasientjournalen for å dokumentere samvalg.

Det pågår også et arbeid med å profesjonalisere behandlingstekster på sshf.no, slik at informasjon om «før, under og etter behandling» forbedres og tydeliggjøres.

Framdrift og ansvarlig: Fagdirektør og klinikkdirektører, fra høsten 2020-2024

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.» (s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

3.1 Listen i generell kirurgi

Status: **Arbeid igangsatt**

Det er igangsatt et arbeid sammen med fagmiljøene i SSF for å sikre at listen i generell kirurgi i tilstrekkelig grad er spesifikk og dekkende.

Framdrift og ansvarlig: **Fagdirektør, klinikkdirektør SSF, Avdelingssjef avdeling for kirurgiske fag og fagansvarlig lege ved SSF arbeider videre med listen i generell kirurgi.**

3.2 Vurdering av listen for ortopediske inngrep ved SSF

Status: **Planlagt**

Det vil våren 2021 bli igangsatt et utviklingsarbeid med ortopediske pasienter på Agder relatert til kapasiteten og den definerte kompetanseutviklingen ved de tre lokasjonene. Det planlegges en gjennomgang av inngrep ved de tre lokasjonene. Fagråd ortopedi vil bli bedt om råd etter at analysearbeidet er gjennomført.

Framdrift og ansvarlig: **Fagdirektør og klinikkdirektører, våren 2021**

3.3 System for forvaltning av lister

Status: **Igangsatt**

Det er igangsatt et overordnet arbeid ledet av SSHFs kvalitetssjef for å lage en modell for forvaltning av listene hvor ansvar, roller og myndighet til endring i listene beskrives. SSF følger opp at listene etterleves ved SSF. Det legges inn et kvalitetssikrende ledd ved at dette inngår i foretakets egen årlige Ledelsens gjennomgang.

Framdrift og ansvarlig: **Fagdirektør, Kvalitetssjef, klinikkdirektør SSF, Høsten 2020**

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.» (s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

Dette punktet er i rapporten rettet mot Sørlandet sykehus Flekkefjord, men det legges opp til profesjonalisering og kvalitetssikring for hele SSHF.

4.1 Revidere SSHFs ansettelsesrutiner

Status: **Planlagt**

Organisasjonsavdelingen planlegger en grundig revidering av ansettelsesrutinene. Dette innebærer utarbeidelse av ansettelsesrutiner som legger til rette for rotasjon og arbeid på tvers i foretaket og gode rammer for samarbeid i rekrutteringsprosesser. Rutiner for rekruttering fra utlandet tydeliggjøres med roller og ansvar, og det identifiseres tiltak ved ansettelse av medarbeidere fra utlandet med andre kulturelle bakgrunner. Det innarbeides rekrutteringskompetanse i kompetansekrav til ledere, og utvikles rekrutteringskurs for ledere.

Framdrift og ansvarlig: **Organisasjonsdirektøren, våren 2021**

Status: **Igangsett**

Arbeid med dokumentasjon. Det er satt i gang et arbeid med å utarbeide gode rutiner for dokumentasjon i forbindelse med ansettelser. Det lages veileder og mal for referanseinnhenting og ny mal for å dokumentere prosessen og begrunnelser som ligger til grunn for ansettelsen. Det produseres en retningslinje om hvor, og hvor lenge dokumentasjon fra ansettelsesprosessen skal oppbevares i tråd med GDPR. Ansvar for at dette innhentes og lagres i dokumentasjon i personalmapper tydeliggjøres i rutinen.

Framdrift og ansvarlig: **Organisasjonsdirektøren, våren 2021**

4.2 Forbedre rutiner i Webcruiter

Status: **Planlagt**

Digital lederstøtte. Organisasjonsavdelingen initierer i dialog med Webcruiter utvikling av maler for strukturert intervju, referanseintervju og kvalifikasjonsvurdering som en integrert del av rekrutteringsløsningen. Innføre automatisk påminning: «ta med attester og vitnemål» når du kommer til intervju og automatisk formulering i utlysingsannonsene og i tildelingsbrevet. Vurdere hvordan det kan knyttes til tilganger til at det faktisk er levert dokumentasjon.

Det etableres system for referansesjekk, md digital gjennomføring, sikre dokumentasjon og utforske automatiske sletterutiner i henhold til GDPR -reglene.

Særlige rutiner for dokumentasjon i WebCruiter ved ansettelse av vikarer og vikarer fra vikarbyrå.

Framdrift og ansvarlig: **Organisasjonsdirektøren, våren 2021**

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:

- felles tilrettelegging og oppfølging av faglig praksis
- vedlikehold og utvikling av kompetanse
- vurdering av kompetanse ved ansettelse av kirurger i SSF»

(s. 12)

Tiltakene under denne anbefalingen rettes bredere enn underpunktene spesifiserer. Det siste punktet i anbefaling 5 inngår som tiltak i anbefaling 4. Det gjelder punktet «vurdering av kompetanse ved ansettelse av kirurger i SSF.» Oppfølging av dette underpunktet svares derfor ut i anbefaling 4.

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

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

5.1 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers

Status: **Gjennomført**

Samarbeid og styrket standardisering på tvers er et erkjent utviklingsområde innen flere fag ved SSHF. I noen fag fungerer dette bra. Omorganisering til stedlig somatisk ledelse ble i 2016 gjennomført med for svak oppfølging av kompenserende tiltak på tvers. På denne bakgrunn, er det de siste årene gjort strukturelle forbedringer;

Det gjelder innføring av Ledelsens gjennomgang i foretaksledelsen fra 2019. Flere årlige gjennomganger gir mulighet til å vurdere modenhet i vår organisasjon, og identifisere tversgående forbedringsområder på en standardisert måte. Foretaket har også innført nye moduler i den elektroniske Kvalitetsportalen, som gir mulighet for digital oversikt og analyser. Den gir god støtte til oppfølging av tilsyn og revisjoner, handlingsplaner og risikovurdering, samt strukturering gjennom året i årshjul.

I desember 2018 ble det gjennomført en evaluering av daværende fagrådsstruktur som viste variabel grad av samarbeid på tvers. Et betydelig arbeid ble lagt ned i 2019 og videreført i 2020 for reetablering av eksisterende fagråd og initiering av nye. Status per oktober 2020 er at 14 fagråd er igangsatt og ytterligere 6 fagråd igangsettes i perioden frem til mars 2021. Fagrådernes mandat (vedlagt) er nå tydelig beskrevet, og de vil være en viktig samarbeidspartner med tanke på

prosedyrer og kvalitetsforbedringer. Ansvar for oppfølging av uønskede hendelser ligger i linjeorganiserings og diskuteres i KPU, men fagrådene vil bidra som et viktig tillegg til læring og forbedring på tvers.

I 2019 ble programmet Kvalitet og modernisering – for et bærekraftig sykehus (KOM-programmet) etablert. Programmet forvalter en prosjektportefølje med forbedringsprosjekter. Programkontoret består av prosjektmedarbeidere med sammensatt kompetanse, som støtter klinikkens forbedringsarbeid. Det trekkes her fram to av prosjektene i en omfattende portefølje: «Pitstop» er strukturerte gjennomganger i somatiske fagområder, som gjennomføres i fagområder i de tre somatiske klinikkene. Hensikten er standardisert forbedringsarbeid og bedret logistikk. Prosjektet «Kontinuerlig forbedring» bidrar med konkrete verktøy for forbedringsarbeid i klinikkene.

Administrerende direktør innførte i 2020 4-5 digitale møter i året med alle klinikkledelsene der hensikten er felles forståelse av utfordringer, forbedringsbehov og retning. I 2020 ble det inngått gjensidig lederavtaler på alle nivåer. Disse inngås for å sikre at ledelsen i hele SSHF kan oppfylle de krav og forventninger som eier og styret har vedtatt. Gjennom avtalen avklares den enkelte leders ansvar for oppfølging og bidrag til gjennomføring av tiltak og måloppnåelse innenfor sitt område.

De siste årene er det også lagt til rette for styrking av Somatikk Flekkefjord. I 2018 ble det innført delt kirurgisk vakt og fra 2019 en rotasjonsmodell der ortopeder i Kristiansand opererer i Flekkefjord.

Flekkefjord inngår nå i multidisiplinære team-møter på kreftområdet (MDT-møter) på lik linje med de øvrige somatiske klinikkene og Medisinsk serviceklinikk. Det er i 2020 vedtatt investert i ny CT i Flekkefjord for å sikre forbedret kvalitet ved bildetaking og standardisert utstyrsnivå på tvers. Foretaket har lange ventelister på hørselutredning, og det er åpnet ny hørselssentral i Flekkefjord i 2020 i samarbeid med ØNH-avdelingen i SSHF.

Framdrift og ansvarlig: Administrerende direktør, Foretaksledelsen, 2019- 2020

Status: Igangsatt

Det pågår et samarbeid mellom alle tre lokasjonene for å utnytte kapasiteten i foretaket på tvers, spesielt innenfor ortopedi. For SSF innebærer dette at opptaksgrensene til ortopedi vurderes, hvor flere pasienter sogner til SSF. Det er investert i digitale videokonferanseverktøy i hele foretaket i perioden 2018-2020 for å bedre samarbeidet på tvers.

SSF vil delta i et samarbeidsprosjekt med Avdeling for rehabilitering knyttet til utarbeiding av felles retningslinjer for poliklinisk vurdering av pasienter med degenerative lidelser muskel/skjelett og et tettere samarbeid med fysioterapeutene både i SSHF og med privatpraktiserende fysioterapeuter.

I foretakets egne rotårsaksanalyser er det identifisert et behov for strukturert gjennomganger ved bruk av revisjonsmetodikk. Det er igangsatt opplæring av medarbeidere og laget en årlig plan for disse gjennomgangene.

Framdrift og ansvarlig: Administrerende direktør, Fagdirektør, kvalitetssjef, klinikkdirektører, våren 2021

Status: Igangsatt

Det er våren 2020 vedtatt innføring av kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Dette gir god digital lederstøtte. Det innføres obligatoriske kompetanseplaner for alle medarbeidere fra 2021.

Det settes i gang et arbeid med kartlegging hvilke kompetansekrav og planer som skal gjelde for større målgrupper ved SSHF. Dette er et ledelsesansvar i linjen, og fagrådene skal få innspillmulighet. Det er lagt til rette for ambulerende personell på tvers av klinikkene.

For at fagmiljøene skal holdes oppdatert på nasjonal fagutvikling, skal det legges til rette for deltagelse i høstmøter (nasjonalt samlingspunkt for fagområdene) og andre relevante faglige. Vi vil i løpet av 2021 legge til rette for felles legeundervisning på tvers.

Medarbeidermodulen i Kompetanseportalen tas i bruk, denne sikrer dokumentasjon av arbeidsmål, utviklingstiltak og medarbeidersamtale.

Framdrift og ansvarlig: Klinikkdirektører og organisasjonsdirektør, høsten 2020-2021

Status: Planlagt

Det planlegges et system for kombinasjon av rotasjon og hospitering for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Dette skal følges opp, og det skal tas i bruk et dashboard for ledere, som gir lederstøtte i form av gode rapporter som gir status for gjennomføring av planlagt og nødvendig kompetanseutvikling ihht definerte kompetansekrav.

Avtalefestede overlegepermisjoner vil benyttes mer strategisk i tråd med arbeidsgivers behov, og i tråd med individuell kompetanseplan.

Framdrift og ansvarlig: Klinikkdirektører og organisasjonsdirektør, våren 2021

6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning

«Vi anbefaler at det vurderes tiltak for å sikre dokumentasjon under LIS-forløp, herunder at: individuelle opplæringsplaner utarbeides innen rimelig tid veiledning og viktige samtaler med LIS-kandidater referatføres eventuelle individuelle rammer eller andre tilpasninger for LIS-kandidater nedfelles skriftlig» (s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

6.1 Individuelle opplæringsplaner

Status: Pågående

Det er gjennomført et godt arbeid med organisering av LIS-utdanningen i SSHF, som følger nasjonale retningslinjer og der roller og ansvar er tydelig definert. Det pågår akkurat nå et implementerings- og opplæringsarbeid i de kliniske avdelingene.

Det arbeides med anbefalinger for LIS-veiledning i SSHF, med mal for individuell utdanningsplan. Kompetanseportalen er tatt i bruk for å dokumentere innfridde læringsmål og veiledere og avdelingssjefer får opplæring i bruk av Kompetanseportalen. Veilederkurs er allerede dokumentert i Læringsportalen.

Framdrift og ansvarlig: Organisasjonsdirektøren og klinikkdirektørene, våren 2021

Status: Planlagt

LIS –leger som går i gammel ordning skal nå dokumentere veiledning i kompetanseportalen. Det planlegges å gjennomføres individuelle gjennomganger med alle avdelingsledere for å følge opp implementering av individuelle opplæringsplaner og førende dokumenter for LIS utdanningen. Det arbeides med å utarbeide opplæringsplaner for nye medarbeidere, og utarbeide plan for veiledningskurs 2021. Utdanningsutvalgene skal videreutvikle felles kompetansepakker i hele SSHF for læringsmål gjennom kompetanseportalen.

Framdrift og ansvarlig: Organisasjonsdirektøren og klinikkdirektørene, våren 2021

6.2 Oppfølging av veiledning og kompetanseutvikling i utdanningen

Status: Pågående

Veiledermodulen i Kompetanseportalen er tatt i bruk for å dokumenter gjennomførte veiledningssamtaler. Det er etablert fast oppstartsamtale med nye LIS som skal gjennomføres innen 14 dager etter oppstart.

Framdrift og ansvarlig: Klinikkdirektør (avdelingssjefer og veiledere), 2020-2021

Status: Planlagt

Veiledning og viktige samtaler med LIS-kandidater skal alltid referatføres. For alle som skal veilede LIS, skal det utarbeides og implementeres felles kompetanseplan.

Veiledningstid (1 time pr. måned) for veiledere skal innarbeides i arbeidsplanen

Veiledning og progresjon i utdanningen for hver enkelt LIS i avdelingen skal følges opp ved gjennomgang/stikkprøver av rapporter i kompetanseportalen og evalueringskollegium som skal skje 2 per år der det blir gjort opp status for alle LIS i avdelingen.

Det planlegges å tilsette utdanningsansvarlig lege som har et overordnet ansvar for å informere og følge opp klinikkene. Dette bidrar også til å sikre kontinuitet i oppfølging av LIS2/3 i klinikk. SSHF skal sikre implementering av nasjonal retningslinjer og overordnede SSHF dokumenter for LIS-utdanningen.

Framdrift og ansvarlig: Organisasjonsdirektør og klinikkdirektør, 2021

6.3 Individuelle rammer og andre tilpasninger

Status: Pågående og planlagt

Kompetansevurdering skal utføres og dokumenteres ved oppstart i LIS-stilling. Rammer for stillingen skal tydeliggjøres og skriftliggjøres ved første samtale etter 14 dager.

Uavhengig av tidligere erfaring, skal det gjennomføres og skriftliggjøres en kompetansevurdering. Det er rom for individuell tilpasning etter at kompetansevurdering er utført. Dette skal gjøres skriftlig i kompetanseportalen.

At dette skjer, overvåkes ved rapporter i kompetanseportalen.

Framdrift og ansvarlig: Klinikkdirektører, avdelingssjefer, fra 2020

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 ivaretatt:

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

(s. 12)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

7.1 Meldekultur

Status: Igangsatt og pågående

Nasjonale målinger viser at Sørlandet sykehus har en god meldekultur. Det er alltid rom for forbedring og det igangsettes en intern kampanje høsten 2020 som fokuserer på uønskede hendelser ifbm operative inngrep og melding på et tidlig tidspunkt. Det vil bli innført et digitalt kvalitetsovervåkningssystem våren 2021 som vil bidra til bedre oversikt over meldinger relatert til reoperasjoner og faglig kvalitet.

Framdrift og ansvarlig: **Fagdirektør, teknologidirektør og økonomidirektør, 2021**

7.2 Tydelige rutiner ved saker vedrørende uønsket adferd

Status: Pågående og planlagt

SSHF har etablerte rutiner for saksgang og dokumentasjon i retningslinje for uønsket hendelser-registrering og behandling. Det skal gjøres en revidering og tydeliggjøring av eksisterende rutine. Det skal utarbeides i tillegg en veileder med sjekklister for ledere med personalansvar for å tydeliggjøre rutiner ved saker vedrørende uønsket adferd.

Framdrift og ansvarlig: **Organisasjonsdirektør, våren 2021**

7.3 Vurdere effekt før saker lukkes

Status: Igangsatt og pågående

Uønskede hendelser blir i dag liggende åpne i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene frem til man er sikre på at tiltakene som er igangsatt er tilstrekkelige. Det er diskutert om dette er hensiktsmessig på enkeltsaknivå, og det pågår nå en diskusjon om man i større grad skal følge opp hendelsene basert på emne/rotårsaker.

Framdrift og ansvarlig: **Klinikkdirektører, fagdirektør, kvalitetssjef, høsten 2020-våren 2021**

7.4 Strukturert overvåkning av uønskede hendelser

Status: Igangsatt

Det er fra våren 2020 igangsatt en strukturert overvåkning av uønskede hendelser på systemnivå i organisasjonen. Dette innebærer et foretaksoverordnet systematisk uttak av meldte uønskede hendelser i klinikkene av alle alvorlighetsgrader. Dette er videre fast månedlig tema under punktet «sykehuspuls» ved fagdirektør i administrerende direktørs foretaksledelsesmøte. Uønskede hendelser behandles også i ordinær behandling i KPU-er.

Ved bruk av digitale verktøy (våren 2021) vil analysene bli mer spesifikke og bidra til ytterligere kvalitetsforbedring. Dette krever ytterligere analysekapasitet i foretaket og det opprettes en stilling til dette.

Framdrift og ansvarlig: Fagdirektør, kvalitetssjef, våren 2021

7.5 Varslingsrutiner er tilstrekkelig kjent i foretaket

Status: Pågående

I den aktuelle saken ser vi at fagpersoner og tillitsvalgte i perioden 2016-2018 har forsøkt å melde fra om bekymringer for kvalitet uten at det er tatt tilstrekkelige grep. Denne typen meldinger kanaliseres i kvalitetsportalen.

SSHF har etablerte varslingsrutiner etter AML kap.2a, som siden våren 2020 har vært underlagt revisjon. Revisjon av varslingsrutiner skjer i et samarbeid med tillitsvalgte og verneombud.

Det er jobbet systematisk med å gjøre rutinen kjent i organisasjonen i forbindelse med resertifisering av likestilt arbeidsliv og mangfold. Det informeres om rutinene i vår lederopplæring, samt i et eget kapittel i håndbok for nye ansatte.

Fremdrift og ansvarlig: Organisasjonsdirektøren, 2020

Status: Planlagt

Arbeidet med å gjøre varslingsrutinen kjent, må videreføres. Administrerende direktør vil vedta reviderte rutiner i november 2020. Det vil bli utarbeidet en egen HMS-portal for ansatte hvor varsling vil inngå. Det følges opp at ledere har økt fokus på varslingsrutiner på for eksempel på personalmøter.

Fremdrift og ansvarlig: Organisasjonsdirektøren og alle ledere i SSHF, 2020-2021

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.» (s. 66)

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF:

Status: Pågående

Pasienter operert av aktuell LIS lege ved SSK; eller pasienter operert av 2 kirurger ved SSF ble invitert til å ta kontakt for ny undersøkelse dersom de ønsket dette. Denne gjennomgangen med ny undersøkelse er avsluttet ved SSK og planlagt avsluttet ved SSF høsten 2020.

Når alle pasientene har fått en ny vurdering, vil det bli gjennomført en analyse av omfanget av eventuelle uønskede hendelser, antall meldinger til fylkesmannen og Norsk pasientskadeerstatning. Analysearbeidet vil vise om det er behov for ytterligere tiltak. Dersom det fremkommer slikt behov, vil dette organiseres og gjennomføres.

Fig.: Status for gjennomgang per 20. oktober 2020

SSK	Pasientgruppe	Invitert alle 192 pasienter som er operert av aktuell lege til ny undersøkelse. 130 pasienter tok telefonisk kontakt og 99 av disse ønsket undersøkelse. Avdelingen kontaktet selv de som ikke ringte. I etterkant er det 3 pasienter som har takket nei til time og totalt 96 pasienter er undersøkt. Ingen gjenstår
SSF	Pasientgruppe	Ved SSF tok totalt 426 pasienter kontakt med forespørsel om hvilken lege de var operert av. Av disse var 303 personer operert av en av de to aktuelle legene og ønsket ny undersøkelse. Undersøkelsene utføres av ortopeder fra Stavanger Universitetssykehus etter fastlagt protokoll. 148 personer har fått time og har gjennomført den. 156 personer venter på time for undersøkelse.

Framdrift og ansvarlig: Klinikkdirektør SSF og fagdirektør. Våren 2021

Vedlegg

- Fagråd generelt mandat
- Mandat for fagråd gastrokirurgi
- Mandat for fagråd ortopedi