

Arkivsak

Dato 10.02.2021

Saksbehandler Nina Mevold

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF		
Møtedato	17.02.2021		
Sak nr	008-2020	Sakstype	Beslutningssak
Sakstittel	Status oppfølgingsplan for konsernrevisjonen rapport 6/2020 Uønskede hendelser i SSHF		

Styret får med dette seg forelagt en første statusrapport på tiltak for oppfølgingsplan for konsernrevisjonen rapport 6/2020 Uønskede hendelser i SSHF. Oppfølgingsplanen ble styrebehandlet 29.10.2020 (sak 073-2020).

Forslag til vedtak

1. Styret takker for fremlagt statusrapport og sier seg fornøyd med gjennomføring av tiltak.
2. Styret ber administrerende direktør om å prioritere videre oppfølging av utarbeidede tiltak i 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
- Statusrapport for oppfølgingsplan for rapport 6/2020, Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF
- Presentasjon – oppfølgingsplanens gjennomføring

1 Bakgrunn for saken

Det vises til Konsernrevisjonsrapport 6/2020 *Revisjon etter uønskede hendelser ved SSHF* som ble lagt frem for styret i sak 069-2020. I styremøte 29.10.2020 (sak 73-2020) vedtok styret administrerende direktørs framlagte oppfølgingsplan for oppfølging av de åtte anbefalingene gitt av Konsernrevisjonen.

I sak 073-2020 ble oppfølging og rapportering av planen presisert:

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.

Styret får nå forelagt første statusrapport på tiltak og oppfølging.

2 Saksopplysninger

Konsernrevisjonen gav SSHF åtte anbefalinger basert på vurderingene i revisjonen. I oppfølgingsplanen ble det utarbeidet tiltak og oppgaver basert på anbefalingene. Det var definert en hovedansvarlig for hvert tiltak. Tiltakene er spesifisert og fordelt ut i ledelseslinjen i samtlige klinikker. Handlingsplanmodulen i Kvalitetsportalen er benyttet som verktøy for å sammenstille og rapportere på status. I vedlegg 3, *rapport Statusrapport for oppfølgingsplan for rapport 6/2020, Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF*, fremkommer det en sammenstilling av alle tiltakene og status på oppgavene.

I arbeidet med oppfølgingen har det vært viktig å konkretisere tiltakene ytterligere, og dele tiltakene i oppgaver, og sette frister på disse. Sammenlignet med oppfølgingsplanen som ble lagt fram for styret 29.10.2020, er tiltakene ytterligere konkretisert og delt opp i ulike oppgaver. Det er også tillagt flere oppgaver under hvert tiltak som er med på å utfylle anbefalingene som ble gitt. Oppgavene er delegert i lederlinjen og saksbehandlerne har til denne rapporteringsfristen skriftlig oppsummert disse.

Oppfølgingsplanen ble i styresak 73/2020 lagt opp slik at alle klinikker svarer ut konsernrevisjonens anbefalinger der det er relevant, ikke bare de to klinikkene som er involvert i revisjonen. Det innebærer en større jobb enn bare å gjennomføre tiltakene i to klinikker, men det anses vesentlig at samtlige klinikker deltar i forbedringsarbeidet. Gjennom arbeidet med oppfølgingsplanen forbedres hele foretaket.

Tabellen under viser de viktigste tiltakene som er gjennomført, og de viktigste tiltakene som er i prosess og i ferdigstilling. Flere av tiltakene krever god forankring i fagmiljøene og koordinering på tvers av klinikkene.

Tabell: Kortversjon - oppsummering av viktige gjennomførte tiltak og tiltak som er i prosess/ferdigstilling

	Viktigste gjennomførte tiltak	Viktige tiltak som er i prosess/ferdigstilling
1.Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF	Innført rutiner som sikrer at alle sykehusets operasjoner er i tråd med nasjonale retningslinjer.	
2.Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi	Innført fraser og endringer i maler, slik at det dokumenteres i polikliniske notater og epikriser hva pasienten er informert om.	Rulle ut samvalg i hele foretaket i løpet av strategiperioden 2021-2024 (regionalt prosjekt i Helse Sør-Øst).
3.Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF	Listen i generell kirurgi SSF er spesifisert. Det er laget et system for forvaltning av lister ved SSF.	Gjennomgang av ortopediske operasjoner i hele SSHF.
4.Styrke rutine ved ansettelse av kirurger i SSF	Ansettelsesrutine, veiledning for digital ansettelsesprosess, maler og veileder for referanseinnhenting. Forbedrede rutiner for tilsetning av medarbeidere fra utland til høring i klinikkene. Rutine for dokumentasjon i webcruiter og rutiner for dokumentasjon av vikarer fra vikarbyrå.	Avklaring opp mot GDPR pågår i samarbeid med personvernombud.
5.Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF	Revitalisering av fagrådene. Innført årlige dialogmøter mellom ledere av fagråd og foretaksledelsen. Innføring av kompetanseportalen og obligatoriske kompetanseplaner for yrkesgrupper på tvers. Plan for implementering for leger er godkjent. I kompetanseportalen sikres dokumentasjon av arbeidsmål, utviklingstiltak og medarbeidersamtale.	Tilretteleggelse av hospitering og rotasjon ved tilsetning har planlagt oppstart fra mars 21. Felles legeundervisning på tvers i foretaket (i løpet av 2021). Implementering av individuell kompetanseplan for alle leger i ny kompetanseportal. Utarbeiding av rotasjonsordning for operasjonssykepleiere fra SSK og SSA til SSF.
6.Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning	Alle utenlandske overleger uten norsk spesialistgodkjenning og LiS som er kst i overleger er realkompetansevurdert og dokumentert.	Overføre realkompetansevurdering til digitalt system våren 2021. Implementering og opplæring av dokumentasjonskrav. Individuelle møter med alle avdelingssjefer –oppfølging av utdanningsplaner og førende dokumenter. Gjennomføring av veiledningskurs.

		Rutine for rammer for LIS-stillingen skriftliggjøres ved første samtale etter 14 dager.
7. Håndtering av uønskede hendelser	<p>Strukturert overvåking av uønskede hendelser ved</p> <ul style="list-style-type: none"> - SSHF på systemnivå (ukentlig og kvartalsvis) - KPU to ganger i året <p>SSHF sine varslingsrutiner er revidert og godkjent.</p> <p>Informasjon om endringene er sendt alle ledere med personalansvar, og innarbeidet i opplæringsprogrammene.</p>	<p>Digital plattform for ytterligere analyser av uønskede hendelser.</p> <p>Revidere og tydeliggjøre SSHF sin etablerte rutiner for saksgang og dokumentasjon i retningslinje for uønsket hendelser- registrering og behandling pågår.</p>
8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp	<p>Alle 100 pasienter ved SSK som ønsket det, har fått en ny vurdering. Det er 3 tilsynssaker (med brudd på forsvarlighet) og 18 NPE-saker (12 avslag, 2 medhold, 4 ubesvart). Kategori andre tilsynssaker: 3, 1 ikke brudd, 2 ubesvart.</p> <p>Pasienter ved SSF: 310 ønsket oppfølging. 189 har fått tildelt time, hvor 171 er undersøkt.</p> <p>Det gjenstår 121 pasienter. Oppfølging planlegges i løpet av våren 2021 avhengig av kapasitet ved SUS.</p>	Samlet gjennomgang når tilstrekkelig data foreligger av fagdirektør, klinikkdirektører og fagråd ortopedi.

I den vedlagte statusrapporten for oppfølgingsplanen er det hentet ut informasjon om hvert tiltak og oppgave fra kvalitetsportalen. Her beskrives gjennomførte tiltak og oppgave, synliggjøres nye dokumenter og maler under vedlegg, liste over oppgaver og det fremkommer hvilken status hver oppgave har per 10. februar 2020 (lukket, i arbeid). For noen oppgaver har det vært nødvendig å justere tidsfrist, etter konkretisering og detaljert planlegging.

Tiltak - XXX

Saksbehandler

Dato opprettet

Frist

Org. plassering

Livssyklus

Leder org. plassering

Tema

Tiltakskategori

Mål

Beskrivelse

Gjennomført tiltak

Vedlegg

Oppgaver

Tittel oppgave.

Ansvarlig

Frist

Status

(lukket, i arbeid)

Oppfølgingsplanen innebærer et omfattende omstillingsarbeid. Den er organisert med frister, i stort ut 2021 (et par tiltak har lengre varighet). Det ble i styresak

73/2020 lagt opp til tertialvis rapportering til styret. Rapportering til styret skjer i februar, mai og i september.

Oppfølgingsplanen ble vedtatt ultimo oktober. Det har blitt arbeidet godt i klinikkene og stabsavdelingene for å ferdigstille tiltak de første tre månedene etter vedtatt oppfølgingsplan.

Det utarbeides en presentasjon med fargekoder til styremøtet.

3 Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør legger med dette fram den første rapporteringen på en omfattende oppfølgingsplan etter *Revisjon etter uønskede hendelser ved SSHF*. Konsernrevisjonen og Statens helsetilsyn har til sammen gitt foretaket en bred og grundig dokumentasjon på forhold på systemnivå som ikke har vært tilfredsstillende. Rapportene gir foretaket et godt grunnlag for sitt forbedringsarbeid.

Det er et omfattende omstillingsarbeid som pågår i en stor og kompleks kunnskapsorganisasjon, og klinikkene jobber strukturert og metodisk med å gjennomføre tiltakene i oppfølgingsplanen. Arbeidet retter seg i hovedsak mot alle seks klinikker. Ikke alle tiltak er relevante for alle klinikkene.

Dette nødvendiggjør et betydelig involveringsarbeid i klinikkene, noe som er tidkrevende.

Gjennom arbeidet med oppfølgingsplanen forbedres hele foretaket. Oppmerksomheten internt i foretaket om denne krevende saken gir ekstra kraft til dette forbedringsarbeidet.

Administrerende direktør sier seg fornøyd med status per februar, og vil følge nøye opp den videre oppfølging av det planlagte arbeidet i 2021. Styret vil få seg forelagt ny rapportering til maimøtet.

Administrerende direktør inviterer styret til å fatte vedtak i rapporteringssaken.