

Arkivsak

Dato 29.01.2021

Saksbehandler Nina Mevold/Susanne
Hernes

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF	Sakstype	Vedtaks sak
Møtedato	17.02.2021		
Sak nr	009-2021		
Sakstittel	Oppfølging av tilsynsrapport Statens Helsetilsyn		

Sørlandet sykehus HF ble i mars 2020 varslet om at Statens helsetilsyn opprettet tilsynssak mot helseforetaket og en spesifikk kirurg. 19. januar 2021 mottok SSHF avgjørelsen fra Statens helsetilsyn hvor man konkluderer med brudd på forsvarlighet (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9). Det ble konkludert med at helseforetaket har drevet med for stor risiko over tid.

Forslag til vedtak

1. Styret anser avgjørelsen fra Statens helsetilsyn som alvorlig og beklager sterkt at behandlingen av pasientene ikke har vært forsvarlig.
2. Styret mener at administrerende direktørs plan for gjennomgang av de åtte oppfølgingspunktene fra Statens helsetilsyn sammen med oppfølgingsplanen etter Konsernrevisjonen svarer opp det samlede tilsynet fra Statens helsetilsyn. Styret vil gjennom administrerende direktørs rapporteringer følge foretakets oppfølging tett.
3. Styret ber administrerende direktør om å redegjøre til styret for resultatet av Statsforvalterens avgjørelse i deres videre tilsynsmessige oppfølging. Styret ber administrerende direktør gjennomføre en egenvurdering av journalgjennomgang og gjennomgang av ansettelser i 2022 for å dokumentere vedvarende etterlevelse av tiltak, og rapportere resultatet til styret.

Vedlegg:

1. [Avgjørelse i tilsynssak – brudd på helselovgivningen | Helsetilsynet](#)

1 Bakgrunn for saken

31. mars 2020 ble SSHF varslet om at Statens helsetilsyn (SHT) opprettet tilsynssak mot SSHF og mot en spesifikk kirurg ved SSHF med bakgrunn i behandling av syv pasienter. 22. juni 2020 ble SSHF varslet om at SHT utvidet tilsynssaken til å gjelde ytterligere en pasient. 19. januar 2021 mottok SSHF avgjørelsen fra Statens helsetilsyn hvor man konkluderer med brudd på forsvarlighet (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9). Det ble konkludert med at helseforetaket har drevet med for stor risiko over tid

2 Saksopplysninger

SSHF mottok følgende avgjørelse fra SHT:

«Statens helsetilsyn har kommet til at Sørlandet sykehus HF har brutt sin plikt til forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. I vurderingen har vi lagt vekt på at helseforetaket ikke sørget for at den aktuelle legene i denne saken hadde nødvendig kompetanse og erfaring innen aktuelle fagfelt, og at ledelsen ikke fulgte opp dette med tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. Helseforetaket har dermed drevet med for stor risiko over tid.»

SSHF registrerer at svaret fra SHT omhandler to leger, og inkluderer en spesialist i ortopedi som arbeidet ved SSF periodevis fra 2016-2018.

Funnene i rapporten fra Statens helsetilsyn sammenfaller i stor grad med funnene i Konsernrevisjonens rapport. Statens helsetilsyn følger foretaket videre opp tilsynsmessig, illustrert i høyre kolonne i tabellen under.

Administrerende direktør la i styrets oktobermøte fram sin oppfølgingsplan for Konsernrevisjonens rapport. Oppfølgingen av revisjonens anbefalinger er allerede i gang, og det er lagt opp til styrerapportering på oppfølgingen samtidig med tertialrapportering. Den første rapporteringen legges fram på styremøte 17. februar 2021 (sak 8-2021). Der Konsernrevisjonen gir anbefalinger om tiltak, er Statens helsetilsyns oppfølgingspunkter og dels bestillinger på dokumentasjon av tiltak (markert som «tiltak i tabellen under), dels av kartlegginger (markert med «kartlegging») og dels av vurderinger (markert med «vurdering»). Oppfølging av Statens helsetilsyn pågår og vil svares ut innen fristen 1. april 2021.

Fig.1: Anbefalingene til Konsernrevisjonen og oppfølgingspunktene til Statens helsetilsyn

Konsernrevisjonen	Statens helsetilsyn
1.Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF	
2.Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi	
3.Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF	
4.Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF	1.Bekreftelse på nye rutiner for ansettelse av kirurger ved SSF (Tiltak)

	2. Gjennomgang av ansettelse av overleger ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF og ved ortopedisk avdeling ved SSK (<i>Kartlegging</i>)
5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF	3. Tiltak for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene i SSHF (<i>Tiltak</i>) 5. Gjennomgang av journaler og avviksmeldinger ved kirurgiske fag ved SSF og ortopedisk avdeling ved SSK - effekt av tiltak iverksatt for å forbedre samarbeid mellom klinikkene og for å bedre meldekulturen. (<i>Kartlegging</i>)
6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning	
7. Håndtering av uønskede hendelser	4. Tiltak virksomheten har iverksatt for å bedre meldekulturen i helseforetaket (<i>Tiltak</i>) 5. Gjennomgang av journaler og avviksmeldinger ved kirurgiske fag ved SSF og ortopedisk avdeling ved SSK, evaluere effekt av tiltak iverksatt for å forbedre samarbeidet mellom klinikkene og for å bedre meldekulturen. (<i>Kartlegging</i>)
8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp	
	6. Gjennomgang av henvisninger ved SSF (kirurgisk tilsyn) ved medisinsk avdeling. (<i>Kartlegging</i>) 7. Beskrive dagens situasjon - samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF. (<i>Vurdering</i>) 8. Beskrive dagens situasjon - kultur og praksis for å tilkalle vakthavende kirurg ved SSF. (<i>Vurdering</i>)

3. Videre oppfølging innen fristen 1. april 2021

Videre tilsynsmessig oppfølging

Klinikk somatikk Kristiansand og Klinikk somatikk Flekkefjord har sammen med Fagavdelingen og Organisasjonsavdelingen startet kartleggingsarbeidet. Det har vært en dialog med Statsforvalteren i Agder om forståelsen av punktene i dialogmøte 9. februar.

Under følger de åtte oppfølgingspunktene, med hvordan disse skal svares ut i kursiv under hvert punkt.

1. Bekreftelse på at nye rutiner for ansettelse av kirurger ved SSF er utarbeidet og implementert (vurderinger av faglige kvalifikasjoner og personlig egnethet skal dokumenteres, sentrale dokumenter som attester og liknende skal innhentes og arkiveres, det skal dokumenteres hvilke referanser som er benyttet og hva som er fremkommet i samtaler med referanser).

Her dokumenteres foretakets rutiner, samt vurderinger som etterspørres. Mange av disse er beskrevet i Oppfølgingsplan etter Konsernrevisjon 6/20.

2. Helseforetakets vurdering etter gjennomgang av de ti siste ansettelsene av overleger ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF og de ti siste ansettelsene av overleger ved ortopedisk avdeling ved SSK i løpet av 2020 (Vurderinger om faglige kvalifikasjon og personlig egnethet, dokumentasjon av attester og referanser).

Foretaket har ansatt færre enn ti overleger i 2020 ved avdeling for kirurgiske fag SFF og Ortopedisk avdeling SSK. I dialog med Statsforvalteren ble man enige om også å gjennomgå ansettelser fra 2019, inkludert vikarer.

3. Redegjørelse for hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene i SSHF

Her redegjør foretaket iverksatte og planlagte tiltak for forbedring av det faglige samarbeidet mellom klinikkene i SSHF. Mange av disse er beskrevet i Oppfølgingsplan etter Konsernrevisjon 6/20.

4. Redegjørelse for hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å bedre meldekulturen i helseforetaket

Her redegjøres for tiltak, og viser oversikt over overvåkning og utvikling av melding av uønskede hendelser.

5. Helseforetakets vurdering etter gjennomgang av journaler og avviksmeldinger for de 30 siste pasientene innlagt ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF og de 30 siste pasientene innlagt ved ortopedisk avdeling ved SSK i desember måned 2020. Dette for å kunne evaluere om tiltakene som er iverksatt for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene og for å bedre meldekulturen, har fungert.

Her gjennomføres strukturert kartlegging og vurdering av journaler og avviksmeldinger.

6. Gjennomgang av de 30 siste henvisningene ved SSF der det har vært anmodet om kirurgisk tilsyn på pasienter innlagt på medisinsk avdeling. Ved hvor mange av disse anmodningene har pasientene fått kirurgisk tilsyn, eventuelt hvorfor ikke?

Her gjennomgår Somatikk Flekkefjord logger over anmodninger om kirurgisk tilsyn, og disse kobles til journaler. Disse vurderes ihht oppdraget.

7. Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon med hensyn til samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF?

Her redegjør Somatikk Flekkefjord for dagens situasjon mht samarbeid.

8. Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon når det gjelder kulturen og praksis for å tilkalle vakthavende kirurg ved SSF?

Her beskriver Somatikk Flekkefjord dagens situasjon mht praksis og kultur for tilkalling av vakthavende kirurg.

Dialog med pasienter

Etter at foretaket mottok avgjørelsen fra Statens helsetilsyn har administrerende direktør hatt dialog med Pasient- og brukerombudet i Agder, og det er lagt opp til dialog med de åtte pasientene som er inkludert i Statens helsetilsyns rapport. Hensikten med dialogen er å dels å gi pasientene en personlig beklagelse for behandlingen og de konsekvensene som den har ført til for hver enkelt av dem. Dels er hensikten at administrerende direktør selv får lyttet til erfaringene som pasientene har hatt, slik at disse kan tas tilbake til fagmiljøene.

Det har vært telefonisk kontakt med alle, og Administrerende direktør har møtt flere av pasientene. Pasient- og brukerombudet har bisittet i møtene. Flere av pasientene ønsket møte, noen av pasientene var tilfreds med telefonsamtalen. Administrerende direktør har fått informasjon i disse møtene som danner grunnlag for endret praksis for noen områder.

4. Administrerende direktørs vurderinger

Sakskomplekset er nå godt kartlagt av Konsernrevisjonen i HSØ og av Statens helsetilsyn. I rapportene fremkommer viktig informasjon for foretaket. Det er alvorlige funn som fremkommer i begge rapporter og det er sterkt beklagelig at de aktuelle pasientene har mottatt helsehjelp som ikke har vært forsvarlig.

Administrerende direktør beklager at foretaket har hatt for høy risiko på pasientbehandlingen slik det fremkommer i Statens helsetilsyns avgjørelse. Foretaket har over tid ikke hatt gode nok systemer for oversikt over kvaliteten på systemnivå for å avdekke mønstre i kvalitetssvikt i klinikkene. Det har vært for svake systemer for å vurdere kvaliteten i klinisk virksomhet. Dette er et ledelsesansvar i sykehusets ledelseslinje.

Administrerende direktør beklager også at kompetansen hos helsepersonell i Somatikk Flekkefjord ikke var tilstrekkelig dokumentert. Statens helsetilsyn slår fast at foretaket ikke i tilstrekkelig grad hadde påsett at alle medarbeidere hadde den spesialkompetansen som krevdes. Det er også sterkt beklagelig at oppfølgingen av LIS-legen i Kristiansand ikke var i tråd med rutinene for oppfølging.

Samtalene som nå gjennomføres med pasientene som var involvert i vurderingen til Statens helsetilsyn har vært av stor betydning for administrerende direktør. Erfaringer fra pasientene får betydning for endret praksis innen noen områder.

De to rapportene er i stor grad samsvarende og konkluderer med at det er innført viktige tiltak for å redusere risiko i SSHF, men at det er behov for flere tiltak. Statens helsetilsyn bygger i stor grad på Konsernrevisjonens rapport, men avgrenset innhenting av data fra foretaket til våren 2020. Den omfattende oppfølgingsplanen for anbefalingene til Konsernrevisjonen er dermed ikke vurdert av Statens helsetilsyn.

Administrerende direktør vurderer det slik at oppfølgingsplanen vedtatt av styret sammen med undersøkelsene i forbindelse med de åtte oppfølgingspunktene i Statens helsetilsyns avgjørelse svarer opp det samlede tilsynet fra Statens helsetilsyn.

SSHF jobber systematisk med forbedring av strukturer og rutiner i tråd med oppfølgingsplanen, det vises til rapportering i sak 8/21 på dette styremøtet. SSHF har valgt å ikke avgrense oppfølgingen til de to involverte klinikkene, men la hele foretaket delta i oppfølgingen av revisjonen. Dette innebærer endringer i strukturer for oppfølging av leger i spesialisering og i forbindelse med ansettelse, samt utvikling av sykehusets kvalitetssystem.

Styret vil holdes oppdatert på tilsynssaken, og det legges opp til en egenervaluering av journaler og ansettelse i tråd med oppfølgingspunkt fra Statens helsetilsyn i 2022. Dette for å dokumentere vedvarende etterlevelse av tiltak. Resultatet av egenervalueringen legges fram for styret.

Administrerende direktør inviterer styret til å fatte forslag til vedtak.