



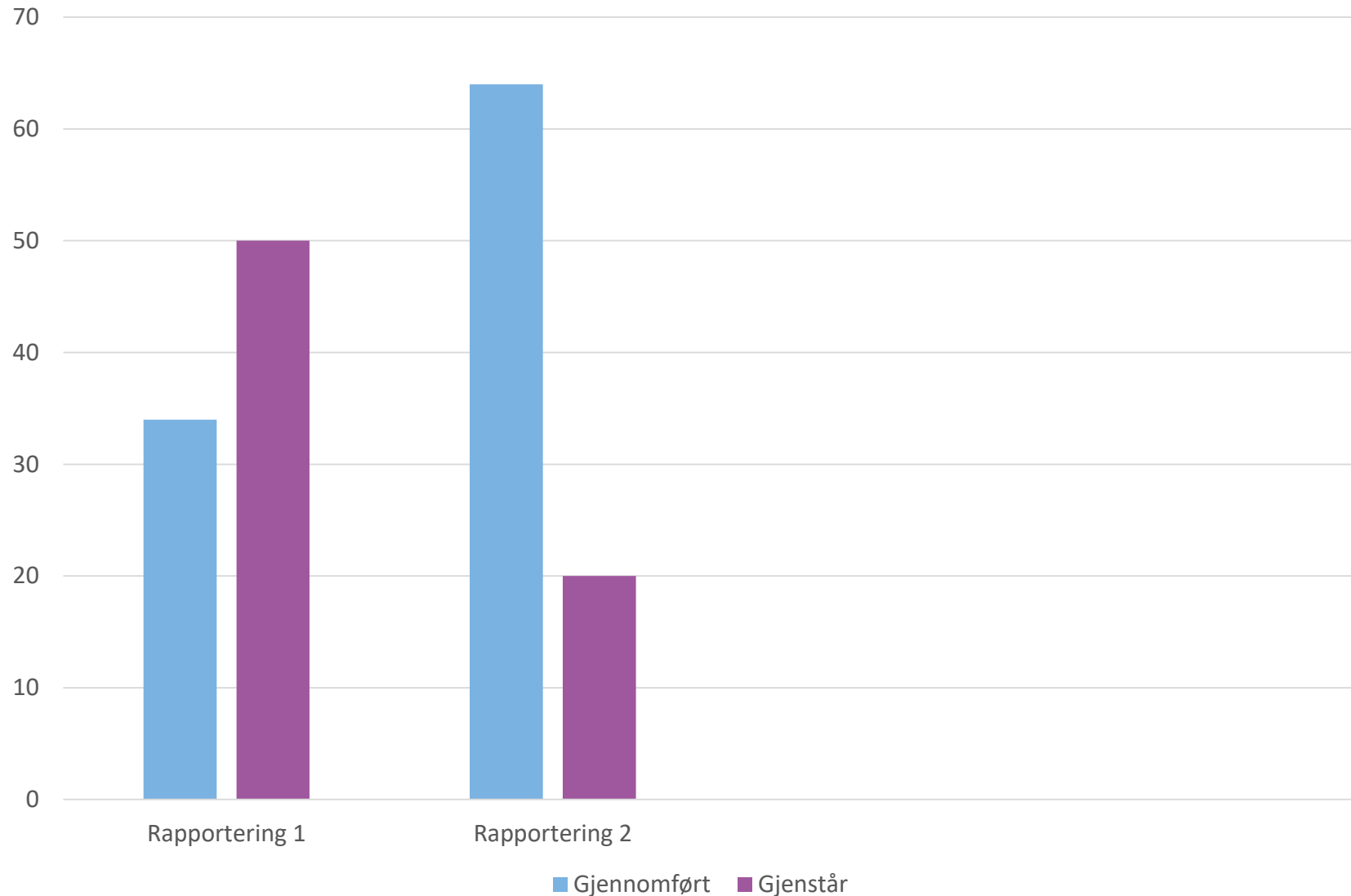
Status oppfølgingsplan Konsernrevisjonen 6/2020

Nina Mevold
Susanne Hernes
Nina Føreland

Styremøte 09.06.2021

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Rapportering 2: Gjennomførte tiltak



Totalt 84 tiltak
Rapportering 1:
24 gjennomførte
50 gjenstår

Rapportering 2:
64 gjennomførte
20 gjenstår

1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

1.1 Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer	Igangsatt	Fullført	Fullført	Fagdirektør <u>Klinikkdirektører</u>	Høst 2020	31.01.2021
Alenespesialister skal knyttes sammen med større miljøer, og rotasjon på tvers i foretaket iverksettes	Planlagt	Pågår	Pågår	Organisasjons- direktør <u>Klinikkdirektør</u>	Vår 2021	01.07.2021
Det skal utvikles en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle leger (se pkt 5)	Planlagt	Pågår	Pågår	<u>Organisasjons- direktør</u>	Vår 2021	(31.05.2021) 25.06.2021
Pasientforløp generell (gastro) kirurgi SSF	Igangsatt	Pågår	Pågår	<u>Fagdirektør</u> Klinikkdirektører	Høst 2020	31.07.2021
Økt samarbeid om ortopedipasienter SSF	Planlagt	Fullført	Fullført	<u>Klinikkdirektør SSF</u>	Høst 2020	31.01.2021

Kommentar: Kompetanseoversikt og kompetanseplan alle leger er i ferdigstilling ihht prosjektplan og blir ferdig innen fristen 25.06.2021.

2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi

2.1 Innføre samvalg

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Nedsette gruppe for igangsettelse av samvalg i tråd med mandatet. Strukturert samvalg skal rulles ut i hele foretaket. Minst 80% av pasientene opplever reelt samvalg (i situasjoner hvor samvalg er aktuelt) i 2024.	Igangsatt	Pågår	Pågår	<u>Fagdirektør</u>	Høst 2020 - 2024	01.06.2024
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.	Planlagt	Fullført	Fullført	<u>Klinikkdirektører</u>	Høst 2020	31.01.2021
Det pågår også et arbeid med å profesjonalisere behandlingstekster på sshf.no, slik at informasjon om «før, under og etter behandling» forbedres og tydeliggjøres.	Igangsatt	Pågår	Pågår	<u>Fagdirektør</u>	Høst 2020->	30.06.2021

Kommentar: Gruppe for samvalg er oppnevnt.
Det gjenstår noen få behandlingstekster på sshf.no.

3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner SSF

3.1 Listen i generell kirurgi

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Plan for årlig møte i legegruppen SSF, avdeling for kirurgiske fag, for revisjon av lister over tillatte operasjoner ved SSF	Igang satt	Fullført	Fullført	<u>Klinikkdirektør SSF</u> Fagdirektør	Høst 2020	31.03.2021
Revisjon av lister til SSF EK prosedyre	Igang satt	Fullført	Fullført	<u>Klinikkdirektør SSF</u> Fagdirektør	Høst 2020	31.03.2021

3.2 Vurdering av listen for ortopediske inngrep ved SSF

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.	Planlagt	Planlagt	Planlagt	<u>Fagdirektør</u> <u>Klinikkdirektører</u>	Vår 2021	31.12.2021
---	----------	----------	----------	--	----------	------------

3.3 System for forvaltning av lister

Ferdigstille beskrivelse av system for forvaltning av operasjonslister ved SSF.	Igang satt	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u> Kvalitetssjef Klinikkdirektør SSF	Høst 2020	09.02.2021
---	------------	----------	----------	--	-----------	------------

4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF

4.1 Revidere SSHFs ansettelsesrutiner

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Rutiner for rekruttering fra utlandet tydeliggjøres med roller og ansvar	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	28.02.2021
Identifisere tiltak og kompetansekrav ved ansettelse av medarbeidere fra utlandet	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(15.03.2021) 04.06.2021
Innarbeide rekrutteringskompetanse i kompetansekrav til ledere	Planlagt	Pågår	Pågår	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(14.06.2021) 03.09.2021
Utvikle rekrutteringskurs for ledere	Planlagt	Planlagt	Pågår	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(14.06.2021) 30.09.2021
Utarbeide ansettelsesrutiner som legger til rette for rotasjon og arbeid på tvers i foretaket og gode rammer for samarbeid i rekrutteringsprosesser	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	04.06.2021
Utarbeide veileder og mal for referanseinnhenting.	Igangsatt	Fullført	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	10.02.2021
Utarbeide mal for å dokumentere ansettelsesprosessen og begrunnelser som ligger til grunn for ansettelsen	Igangsatt	Fullført	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	10.02.2021
Utarbeide en retningslinje om hvor, og hvor lenge dokumentasjon fra ansettelsesprosessen. Denne skal oppbevares i tråd med GDPR	Igangsatt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(19.02.2021) 31.05.2021

4.2 Forbedre rutiner i Webcruiter

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Integrere maler for strukturert intervju, referanseintervju og kvalifikasjonsvurdering i rekrutteringsverktøyet.	Planlagt	Pågår	Pågår	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(01.03.2021) 30.06.2021
Innføre automatisk påminning: «ta med attester og vitnemål» når du kommer til intervju og automatisk formulering i utlysingsannonser og i tildelingsbrevet og vurdere hvordan det kan knyttes til tilganger til at det faktisk er levert dokumentasjon. Se 4.1.	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(01.03.2021) 04.06.2021
Etablere et system for referansesjekk, med digital gjennomføring, sikre dokumentasjon og utforske automatiske sletterutiner i henhold til GDPR -reglene.	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	(18.06.2021) 30.06.2021
Utarbeide rutiner for dokumentasjon i WebCruiter ved ansettelse av vikarer	Planlagt	Fullført	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	18.06.2021
Særlige rutiner for dokumentasjon er ved ansettelse av vikarer og vikarer fra vikarbyrå.	Planlagt	Fullført	Fullført	<u>Org. dir</u>	Vår 2021	26.03.2021

Kommentar 4.2: Integrere maler for strukturerte intervju mm i webcruiter: Her har det vært forsinkelser hos leverandør, men dette er i ferdigstilling

5.1 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan
Innføring av Ledelsens gjennomgang i foretaksledelsen fra 2019	Fullført	Fullført	Fullført	<u>Adm. dir</u> Foretaksledelsen	2019-2020
Innført nye moduler i den elektroniske Kvalitetsportalen, som gir mulighet for digital oversikt og analyser. Støtte til oppfølging av tilsyn og revisjoner, handlingsplaner og risikovurdering, samt strukturering gjennom året i årshjul	Fullført	Fullført	Fullført	<u>Adm. dir</u> Foretaksledelsen	2019-2020
Fagråd - matrise på tvers <ul style="list-style-type: none"> Intern evaluering desember 2018, del av ekstern evaluering 2019 2019 og 2020: Revitalisering av eksisterende fagråd og initiering av nye. Fagrådernes mandat er tydelig beskrevet. I 2020 er 14 fagråd igangsatt og ytterligere 6 fagråd igangsettes innen mars 2021 	Fullført	Fullført	Fullført	<u>Adm. dir</u> Foretaksledelsen	2019-2020
Fra 2019 er Kvalitet og modernisering – for et bærekraftig sykehus (KOM-programmet) etablert på tvers av klinikker. <ul style="list-style-type: none"> En betydelig prosjektportefølje med forbedringsprosjekter Eksempler: «Pitstop» er strukturerte gjennomganger i somatiske fagområder og prosjektet «Kontinuerlig forbedring» som bidrar med konkrete verktøy for forbedringsarbeid i klinikkene. 	Fullført	Fullført	Fullført	<u>Adm. dir</u> Foretaksledelsen	2019- 2020

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan
Administrerende direktør innførte i 2020 4-5 digitale møter i året med alle klinikkledelsene der hensikten er felles forståelse av utfordringer, forbedringsbehov og retning.	Fullført	Fullført	Fullført	Adm. dir Foretaks- ledelsen	2019- 2020 (fortsetter)
Fra 2020 Gjensidige lederavtaler på alle nivåer. <ul style="list-style-type: none"> Sikrer at ledelsen i hele SSHF kan oppfylle de krav og forventninger som eier og styret har vedtatt. Spesifiserer den enkelte leders ansvar for oppfølging og bidrag til gjennomføring av tiltak og måloppnåelse innenfor sitt område det spesifikke året. 	Fullført på klinikknivå	Fullført på klinikknivå	Fullført på klinikknivå		
Styrking av Somatikk Flekkefjord. I 2018 ble det innført delt kirurgisk vakt og fra 2019 en rotasjonsmodell der ortopeder i Kristiansand opererer i Flekkefjord.	Fullført	Fullført	Fullført	Adm. dir Foretaks- ledelsen	2019- 2020 (fortsetter)
Faglig samarbeid og infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> Flekkefjord inngår i multidisiplinære team-møter på kreftområdet (MDT-møter). Vedtatt investering i ny CT i Flekkefjord for å sikre forbedret kvalitet ved bildetaking og standardisert utstyrsnivå på tvers. Ny hørselssentral i Flekkefjord i 2020 i samarbeid med ØNH-avdelingen i SSHF. 	Fullført	Fullført	Fullført	Adm. dir Foretaks- ledelsen	2019- 2020

5.1.2 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers innen ortopedi

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Opptaksgrensene til ortopedi vurderes, hvor flere pasienter sogner til SSF	Igangsatt	Fullført	Fullført	Org. dir Økonomi dir Klinikkdirektører	Vår 2021	10.02.2021
Investert i digitale videokonferanseverktøy i hele foretaket i perioden 2018-2020 for å bedre samarbeidet på tvers.	Igangsatt	Fullført	Fullført	Teknologidirektør	Vår 2021	31.12.2020
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.	Igangsatt	Pågår	Pågår	Adm. dir Fagdirektør Klinikkdirektører	Vår 2021	15.05.2021
I foretakets egne rotårsaksanalyser er det identifisert et behov for strukturert gjennomgang ved bruk av revisjonsmetodikk. Det er igangsatt opplæring av medarbeidere og laget en årlig plan for disse gjennomgangene.	Pågår	Fullført	Fullført	Adm. dir Fagdirektør Klinikkdirektører	Vår 2021	31.01.2021

Kommentar: Samarbeidsprosjektet med Avdeling for rehabilitering er utsatt og sees i sammenheng med KOM-prosjekt om rehabilitering og samhandling med kommunene.

5.1.3 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers

Tiltak	Status 29.10.2021	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Innføring av kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Det gir god digital lederstøtte.	Igangsatt	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	31.12.2021
Obligatoriske kompetanseplaner for alle medarbeidere fra 2021.	Igangsatt	Fullført	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	31.12.2021
Kartlegging av kompetansekrav og planer som skal gjelde for større målgrupper ved SSHF. Dette er et ledelsesansvar.	Igangsatt	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	25.06.2021
Kompetanseutvikling <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatering nasjonal fagutvikling • Deltagelse i høstmøter (nasjonalt samlingspunkt for fagområdene) 	Igangsatt	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	18.06.2021
Legge til rette for felles legeundervisning på tvers ila 2021.	Igangsatt	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	31.12.2021
Medarbeidermodulen i Kompetanseportalen tas i bruk, denne sikrer dokumentasjon av arbeidsmål, utviklingstiltak og medarbeidersamtale.	Igangsatt	Fullført	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	31.12.2021
Etablere felles kompetansekrav og fagspesifikke kompetansekrav for alle overleger. Fagrådene skal få innspillsmulighet.	Igangsatt	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	høsten 2020-2021	18.06.2021

Kommentar: Felles kompetansekrav og fagspesifikke kompetansekrav for alle overleger ferdigstilles ihht plan før sommerferien 2021.

5.1.4 Arbeid med samarbeid, kvalitet og standardisering på tvers

Tiltak	Status 29.10.2021	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Det planlegges et system for kombinasjon av rotasjon og hospitering for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling.	Planlagt	Igangsett	Fullført	Klinikkdirektør <u>Org. dir</u>	våren 2021	31.12.2021
Avtalefestede overlegepermisjoner vil benyttes mer strategisk i tråd med arbeidsgivers behov, og i tråd med individuell kompetanseplan.	Planlagt	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	31.12.2021
Det er tatt i bruk et dashbord for ledere, som gir lederstøtte i form av gode rapporter som gir status for gjennomføring av planlagt og nødvendig kompetanseutvikling ihht definerte kompetansekrav.	Planlagt	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	31.12.2021

6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning

6.1.1 Individuelle opplæringsplaner

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Implementering- og opplæring i de kliniske avdelingene av SSHF sine etablerte rutiner	Pågår	Pågår	Fullført	Org. dir <u>Klinikkdirektører</u>	våren 2021	26.02.2021
Utarbeide anbefalinger for LIS-veiledning i SSHF, med mal for individuell utdanningsplan	Pågår	Fullført	Fullført	Org. dir <u>Klinikkdirektører</u>	våren 2021	26.02.2021
Anbefalinger for LIS-veiledning i SSHF, med mal for individuell utdanningsplan. Kompetanseportalen er tatt i bruk for å dokumentere innfridde læringsmål. Veilederkurs er dokumentert i Læringsportalen	Pågår	Pågår	Fullført	Org. dir <u>Klinikkdirektører</u>	våren 2021	26.03.2021

6.1.2 Individuelle opplæringsplaner

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
LIS –leger som går i gammel ordning skal dokumentere veiledning i kompetanseportalen.	Igangsatt	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	26.02.2021
Individuell oppfølging av avdelingssjefer for å følge opp individuelle opplæringsplaner og førende dokumenter for LIS utdanningen	Pågår	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	(26.02.2021) 17.06.2021
Det arbeides med å utarbeide kompetanseplaner for nye medarbeidere	Pågår	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	26.03.2021
Utarbeidelse av plan for veiledningskurs 2021	Pågår	Pågår	Fullført	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	19.02.2021
Utdanningsutvalgene skal videreutvikle felles læringsaktiviteter og arenaer i hele SSHF for læringsmål gjennom kompetanseportalen	Pågår	Pågår	Pågår	Klinikkdirektører <u>Org. dir</u>	våren 2021	(19.02.2021) 01.10.2021

Kommentar:

Individuell oppfølging av avdelingssjefer for å følge opp individuelle opplæringsplaner og førende dokumenter for LIS utdanningen- ferdigstilles før sommerferien ihht plan.

Utdanningsutvalgene skal videreutvikle felles læringsaktiviteter og arenaer i hele SSHF for læringsmål gjennom kompetanseportalen: Arbeidet viste seg å være mer omfattende enn planlagt, og ferdigstilles ihht ny dato

6.2 Oppfølging av veiledning og kompetanseutvikling i utdanningen

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Tilsette utdanningskoordinerende lege som har et overordnet ansvar for å informere og følge opp klinikkene. Dette bidrar til å sikre kontinuitet i oppfølging av LIS2/3 i klinikk	Planlagt	Fullført	Fullført	Org. dir Klinikkdirektører	2021	26.01.2021
Veiledningssamtaler med LIS-kandidater skal referatføres i Kompetanseportalen	Pågår	Pågår	Fullført	Klinikkdirektør	2020-2021	31.03.2021
Utarbeide og implementere felles kompetanseplan for alle veiledere	Planlagt	Pågår	Fullført	Org. dir Klinikkdirektører	2021	(31.01.2021) 31.05.2021
Veiledningstid (1 time pr. måned) innarbeides i arbeidsplanen.	Planlagt	Pågår	Fullført	Org. dir Klinikkdirektører	2021	18.06.2021
Veiledning og progresjon i utdanningen for hver enkelt LIS følges opp ved gjennomgang/stikkprøver av rapporter i kompetanseportalen	Planlagt	Pågår	Fullført	Org. dir Klinikkdirektører	2021	(30.04.2021) 18.06.2021
Evalueringskollegium som skal skje 2 per år der det blir gjort opp status for alle LIS i avdelingen	Planlagt	Pågår	Fullført	Org. dir Klinikkdirektører	2021	18.06.2021

6.3 Individuelle rammer og andre tilpasninger

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Kompetansevurdering skal utføres og dokumenteres ved oppstart i LIS-stilling. Rammer for stillingen skal tydeliggjøres og skriftliggjøres ved første samtale etter 14 dager	Pågår og planlagt	Pågår	Fullført	<u>Klinikkdirektører</u>	Fra 2020	31.03.2021
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	Pågår og planlagt	Pågår	Fullført	<u>Klinikkdirektører</u>	2021	31.03.2021
Det overvåkes ved rapporter i kompetanseportalen	Pågår og planlagt	Pågår	Fullført	<u>Klinikkdirektører</u>	2021	01.04.2021

7. Håndtering av uønskede hendelser

7.1 Meldekultur

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Det igangsettes en intern kampanje for å økt oppmerksomhet rundt hendelse som skal meldes, slik som reoperasjoner.	Planlagt	Pågår	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Høst 2020	31.05.2021
Det vil bli innført et digitalt kvalitetsovervåkningssystem våren 2021 som vil bidra til bedre oversikt over meldinger relatert til reoperasjoner og faglig kvalitet.	Planlagt	Pågår	Pågår	<u>Fagdirektør</u> TEH direktør Økonomidirektør	Vår 2021	31.12.2021
Modul for Risikovurdering i kvalitetsportalen tas i bruk	Pågår	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2021	31.12.2020

7.2 Tydelige rutiner ved saker vedrørende uønsket adferd

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Revidering og tydeliggjøring av eksisterende rutine relatert til uønsket adferd	Pågår	Pågår	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Vår 2021	31.03.2021
Utarbeidelse av veileder med sjekklister for ledere med personalansvar for å tydeliggjøre rutiner ved saker vedrørende uønsket adferd	Pågår	Pågår	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Vår 2021	18.06.2021

7.3 Vurdere effekt før saker lukkes

Lage prosedyre for rotårsaksanalyse	Planlagt	Planlagt	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2021	01.03.2021
Fremme sak i foretaksledelsen /OKU vedrørende lukking av saker	Planlagt	Planlagt	Pågår	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2021	(01.06.2021) 01.10.2021

Kommentar: Nytt tiltak håndtering av uønskede hendelser på tvers av klinikker ble vurdert som mer presserende enn tiltak lukking av saker. Dette forklarer forsinkelsen. Tiltak håndtering av uønskede hendelser på tvers er ferdigstilt.

7.4 Strukturert overvåkning av uønskede hendelser

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
50 siste dødsfall analyse	Igangsett	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2020 ->	01.12.2020
To ganger i året gjøres det systematiske rapportuttak i hver enkelt KPU og gjennomgås. Dette står i revidert mandat for KPU fra november 2020	Igangsett	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2020 ->	01.12.2020
Manuell strukturert overvåking av uønskede hendelser i foretaket	Igangsett	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2020 ->	01.12.2020
Tematisk oversikt over meldte uønskede hendelser tas ut av kvalitetsportalen fire ganger per år og gjennomgår av fagdirektør	Igangsett	Fullført	Fullført	<u>Fagdirektør</u>	Vår 2020 ->	01.12.2020

7.5 Varslingsrutiner er tilstrekkelig kjent i foretaket

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
SSHF har etablerte varslingsrutiner etter AML kap.2a, som siden våren 2020 har vært underlagt revisjon i et samarbeid med tillitsvalgte og verneombud	Igangsett	Fullført	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Vår 2020	01.12.2020
Varslingsrutine er revidert og vedtatt	Fullført	Fullført	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Høst 2020	21.01.2021
Det pågår systematisk arbeid med å gjøre rutinen kjent i organisasjonen i forbindelse med resertifisering av likestilt arbeidsliv og mangfold	Igangsett	Pågår	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u> Alle ledere i SSHF	Vår 2020 ->	26.02.2021
Varslingsrutiner skal inngå som et eget kapittel i håndbok for nye ansatte	Igangsett	Pågår	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Vår 2020 ->	31.03.2021
Varslingsrutinene skal inngå i lederopplæringsprogram	Pågår	Fullført	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Høst 2020	11.12.2020
Det utarbeides en egen HMS-portal for ansatte hvor varsling vil inngå	Planlagt	Planlagt	Fullført	<u>Organisasjonsdirektør</u>	Vår 2020 ->	18.06.2021

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

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.06.2021	Ansvarlig	Foreløpig tidsplan	Ferdigstillelse
Vurdering etter at oppfølging er gjennomført og datagrunnlaget forefinnes. Klinikkdirtør somatikk SSF og fagdirektør gjennomfører vurderingen sammen	Planlagt	Planlagt	Pågår	<u>Fagdirektør</u> <u>Klinikkdirtør somatikk</u> <u>Flekkefjord</u>	Våren 2021	(31.05.2021) 15.08.2021
Planlegge og implementere ny vurdering for alle aktuelle pasienter slik det er definert i prosjektet	Planlagt og pågår	Fullført	Fullført	<u>Klinikkdirtør SSF</u> og fagdirektør	Våren 2021	31.05.2021
Analyse av gjennomførte vurderinger på alle pasienter vurdert innen 30.04.2021	Planlagt	Planlagt	Pågår	<u>Klinikkdirtør SSF</u> og fagdirektør	Våren 2021	(14.05.2021) 09.08.2021

Kommentar: Gjennomgang ble forsinket pga Covid-19. Det gjenstår 11 undersøkelser. Tiltakene ferdigstilles i hht ny frist.