

Arkivsak

Dato 03.06.2021

Saksbehandler Nina Mevold

## Saksframlegg

---

<b>Styre</b>	Sørlandet sykehus HF		
<b>Møtedato</b>	09.06.2021		
<b>Sak nr</b>	043-2021	<b>Sakstype</b>	Beslutningssak
<b>Sakstittel</b>	<b>Status oppfølgingsplan for konsernrevisjonen rapport 6/2020 Uønskede hendelser i SSHF</b>		

---

Styret får med dette seg forelagt andre statusrapport på tiltak for oppfølgingsplan for konsernrevisjonens rapport 6/2020 *Uønskede hendelser i SSHF*. Oppfølgingsplanen ble styrebehandlet 29.10.2020 (sak 073-2020), og første statusrapport ble forelagt styret 17.02.2021 (sak 008-2021).

### 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 (legges frem i styremøte)

## 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. Det vises også til styresak 9-2021, *Oppfølging av tilsynsrapport, Statens Helsetilsyn*. Også tilsynet følges opp ved gjennomføring av oppfølgingsplanen. Styret fikk første rapportering 17.02.2021 (sak 008-2021), og får nå forelagt andre statusrapport på oppfølging av tiltak.

## 2 Saksopplysninger

Konsernrevisjonen gav SSHF åtte anbefalinger basert på vurderingene i revisjonen. I oppfølgingsplanen ble det utarbeidet tiltak og oppgaver basert på anbefalingene, med en hovedansvarlig for hvert tiltak. 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.

Alle klinikker svarer ut konsernrevisjonens anbefalinger der det er relevant, ikke bare de to klinikkene som er involvert i revisjonen. Det anses vesentlig at samtlige klinikker deltar i forbedringsarbeidet. 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
<b>1.Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF</b>	Innført rutiner som sikrer at alle sykehusets operasjoner er i tråd med nasjonale retningslinjer.  Revidert og delt prosedyre konferering gastrokirurgi	Pasientforløp gastrokirurgi SSHF
<b>2.Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi</b>	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).  Nedsatt gruppe som jobber med implementering av samvalg i SSHF
<b>3.Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF</b>	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.
<b>4.Styrke rutine ved ansettelse av kirurger i SSF</b>	Ansettelsesrutine, veiledning for digital ansettelsesprosess, maler og veileder for referanseinnhenting.  Ansettelsesrutiner er vedtatt og forankret.  Rutine for dokumentasjon i webcruiter og rutiner for dokumentasjon av vikarer fra vikarbyrå.  Avklaring opp mot GDPR er gjennomført.	Integrering av SSHFs maler i webcruiter.
<b>5.Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF</b>	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.  Implementering av individuell kompetanseplan for alle leger i ny kompetanseportal.  Vedtatt en struktur for nyansatte overleger som har tatt sin spesialistutdanning i utland og struktur for hospitering/rotasjon for overleger i SSHF.  Rotasjonsordning for operasjonssykepleiere fra SSK og SSA	Felles legeundervisning på tvers i foretaket (i løpet av 2021).

	til SSF er vedtatt med planlagt oppstart i oktober.	
<b>6.Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning</b>	<p>Alle utenlandske overleger uten norsk spesialistgodkjenning og LIS som er kst i overleger er realkompetansevurdert og dokumentert.</p> <p>Overføre realkompetansevurdering til digitalt system våren 2021.</p> <p>Gjennomføring av veiledningskurs.</p> <p>Implementering og opplæring av dokumentasjonskrav.</p> <p>Rutine for rammer for LIS-stillingen skriftliggjøres ved første samtale etter 14 dager.</p>	Sammenslåing av to dokumenter vedr. oppfølging av utdanningsplaner og førende dokumenter.
<b>7.Håndtering av uønskede hendelser</b>	<p>Strukturert overvåking av uønskede hendelser ved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SSHF på systemnivå (ukentlig og kvartalsvis)</li> <li>- KPU to ganger i året</li> </ul> <p>SSHF sine varslingsrutiner er revidert og godkjent.</p> <p>Meldekultur-kampanje pågår</p>	Digital plattform for ytterligere analyser av uønskede hendelser er i planleggingsfase.
<b>8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp</b>	<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. 298 er undersøkt.</p> <p>Det gjenstår 11 generell kirurgi pasienter og 1 ryggpasient. 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.

Oppfølgingsplanen innebærer et omfattende omstillingsarbeid. Den er organisert med frister, i stort ut 2021 (et par tiltak har lengre varighet). Neste rapportering til styret skjer i september.

Det har blitt arbeidet godt i klinikkene og stabsavdelingene for å ferdigstille tiltak mellom første og andre rapportering. Siden forrige rapportering har 30 tiltak endret status fra planlagt/pågår til fullført. Noen tiltak er ferdigstilt før fristen. Åtte pågående tiltak har oversittet fristen og fått ny dato, hvorav tre av disse ferdigstilles i juni. Fem av disse ferdigstilles i perioden august til oktober. Det er ulike årsaker til forsinkelsene, som forsinkede ikt-leveranser til mer behov for forankring.

Oppdatert presentasjon med fargekoder legges frem i styremøtet.

### **3 Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør legger med dette fram den andre rapporteringen på en omfattende oppfølgingsplan etter *Revisjon etter uønskede hendelser ved SSHF* og tilsyn fra Statens helsetilsyn. Konsernrevisjonen og Statens helsetilsyn har til sammen gitt foretaket en bred og grundig dokumentasjon på forhold på systemnivå som ikke har vært tilfredsstillende, og som har gitt svekket pasientsikkerhet med alvorlige følger for pasienter.

Rapportene har gitt foretaket et godt grunnlag for sitt forbedringsarbeid. Gjennom arbeidet med oppfølgingsplanen forbedres hele foretaket. Oppmerksomheten internt i foretaket om denne krevende saken gir ekstra kraft til forbedringsarbeidet.

Administrerende direktør sier seg fornøyd med status per mai, og følger nøye med på den videre oppfølging gjennom 2021. Styret vil få seg forelagt ny rapportering til septembermøtet.

Administrerende direktør inviterer styret til å fatte vedtak i rapporteringssaken.