

Saksframlegg

Styre	Sørlandet sykehus HF	Sakstype	Beslutningssak
Møtedato	29.11.2021		
Sak nr	081-2021		
Sakstittel	Status oppfølgingsplan for konsernrevisjonen rapport 6/2020 Uønskede hendelser i SSHF		

Styret får med dette seg forelagt tredje statusrapport på tiltak for oppfølgingsplan for konsernrevisjonens rapport 6/2020 *Uønskede hendelser i SSHF*. Oppfølgingsplanen ble styrebehandlet 29. oktober 2020 (sak 073-2020), og statusrapporter ble forelagt styret 17. februar 2021 (sak 008-2021), samt 9. juni 2021 (sak 043/21).

Forslag til vedtak

1. Styret takker for fremlagt statusrapport og sier seg fornøyd med gjennomføring av tiltak i en omfattende plan.
2. I den videre rapporteringen til styret, bes administrerende direktør om å rapportere på de åtte gjenstående tiltakene som en del av virksomhetsrapporteringen.

Vedlegg til saken

- 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. oktober 2020 (sak 73-2020) vedtok styret administrerende direktørs framlagte oppfølgingsplan for oppfølging av de åtte anbefalingene gitt av Konsernrevisjonen. Det vises til styresak 9-2021, *Oppfølging av tilsynsrapport, Statens Helsetilsyn*. Også tilsynet følges opp ved gjennomføring av oppfølgingsplanen. Styret fikk rapporteringer på status 17. februar 2021 (sak 008-2021), 9. juni 2021 (sak 043/21) og får nå forelagt tredje statusrapport på oppfølging av tiltak.

2 Saksopplysninger

Sørlandet sykehus HF har benyttet den alvorlige saken om uønskede hendelser, og tilbakemeldinger fra revisjon og tilsyn, som et utgangspunkt for et betydelig arbeid med forbedringer og styrking av kvalitetssystemet.

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. 84 tiltak ble identifisert under åtte områder.

Det er ansett vesentlig at samtlige klinikker deltar i forbedringsarbeidet. Alle klinikker svarer ut konsernrevisjonens anbefalinger der det er relevant, ikke bare de to klinikkene som er involvert i revisjon og tilsyn. Den vedlagte tabellen viser tiltakene som er gjennomført, og tiltakene som er i prosess og i ferdigstilling. Flere av tiltakene har krevd god forankring i fagmiljøene og koordinering på tvers av klinikkene.

76 av totalt 84 tiltak er per november 2021 gjennomført. 8 tiltak gjenstår, og fire av disse pågår i tråd med planen.

Totalt 84 tiltak

Rapportering 1:

24 gjennomførte

50 gjenstår

Rapportering 2:

64 gjennomførte

20 gjenstår

Rapportering 3:

76 gjennomførte

8 gjenstår

Figur: Status for tiltak

Fire tiltak har dessverre en forsinkelse. Det gjelder følgende tiltak:

- **Tiltak under 4.1:** Kurs i rekruttering for ledere. Ny frist 20.2.2022
- **Tiltak under 5.1.2:** Samarbeid med avdeling for rehabilitering om felles retningslinjer. Ny frist: 15.10.2022
- **Tiltak under 5.1.3:** Etablere felles kompetansekrav er gjennomført, men fagspesifikke kompetansekrav for alle overleger pågår. Ny frist 01.02.2022
- **Tiltak under 8:** Analyse av gjennomførte vurderinger av alle pasienter. Ny frist: 1. mars 2022

Det jobbes videre med disse fire tiltakene. Tiltak under pkt 8, analyse av gjennomførte vurderinger, er forsinket. Begrensinger ifbm med covid-19, slik som tilgang til eksterne spesialister har medført at analysearbeid av «second opinion» undersøkelser ved SSF er forsinket. De siste pasientene var til undersøkelse i 22 november. Det er et omfattende arbeid å ferdigstille analysen, og ny frist er derfor satt til mars 2022.

Det legges opp til rapportering av de fire forsinkede tiltakene, samt de fire som det var lagt opp til noe lenger gjennomføringstid, som en del av ordinær virksomhetsrapportering.

3 Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør legger med dette fram den tredje 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 innenfor området ortopedi.

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

Administrerende direktør sier seg fornøyd med status per november, som viser at det nå gjenstår åtte tiltak. Fire av disse har en forsinkelse. Det legges opp til at de åtte tiltakene rapporteres som del av ordinær virksomhetsrapportering. Mange av tiltakene vil styret også få tilbake som en del av orienteringssakene om Ledelsens gjennomgang (krav i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse).

Administrerende direktør inviterer styret til å fatte vedtak i saken.