



Sørlandet sykehus HF

Saksbehandler, innvalgstelefon

Aud Henriette Garmann Askevold, 38 17 61 76

Postboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Oppfølging av tilsynssak – brudd på helselovgivningen

Det vises til avgjørelsen fra Statens helsetilsyn i tilsynssaken mot Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) som forelå 13.01.2021. Saks nr. i Statens helsetilsyn er 2020/561.

Statens helsetilsyn kom her til at SSHF hadde brutt sin plikt til forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9. I vurderingen ble det vektlagt at helseforetaket ikke hadde sørget for at de to legene som var involvert i sakene som var overført fra Statsforvalteren i Agder, ikke hadde nødvendig kompetanse og erfaring innen aktuelle fagfelt og at ledelsen ikke hadde fulgt opp dette med tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. Det ble konkludert med at SSHF hadde drevet med for stor risiko over tid.

Statsforvalteren i Agder fikk i oppdrag å foreta den videre tilsynsmessige oppfølgingen av saken. Statens helsetilsyn hadde 8 konkrete områder til oppfølging og helseforetaket fikk frist til 01.04.2021 med å gi en tilbakemelding. Helseforetaket bad Statsforvalteren i brev av 15.03.2021 om utsatt svarfrist til 15.05.2021 og fikk innvilget det.

Vi mottok redegjørelsen fra SSHF den 13.05.2021.

Områdene er angitt som 8 spørsmål og besvart i rekkefølge.

Spørsmål 1.

Tilsynsmyndighetene har bedt om bekreftelse på at nye rutiner for ansettelse av kirurger ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) er utarbeidet og implementert.

Helseforetaket viser til at ansettelsesrutinen for SSFH er revidert og godkjent 25.01.2021 og den er gjeldende til 23.01.2023. Her inngår beskrivelse av utdanning, praksis, faglige kvalifikasjoner, personlig egnethet, attester og referanser og det skal sikres at fremmedspråklige har nødvendig språkferdigheter for den konkrete stillingen. I februar 2021, kom det til et punkt i denne prosedyren hvor det presiseres at referanseinnhenting skal dokumenteres. Dette har ikke vært vanlig å gjøre tidligere. Endringen er gjennomgått i administrerende direktørs felles ledermøte med



klinikkdirektørene, avdelingssjefene og enhetslederne og endringen ansees implementert ved at det er sendt ut informasjon til alle ledere med personalansvar.

For ansettelser av vikarer fra byrå har SSF utviklet et eget skjema for dokumentasjon av vurderinger som blir gjort med tanke på kompetanse og kvalifikasjoner.

Det er videre ferdig stillet ny kompetanseplan med kompetansemål for leger som har tatt sin spesialistutdannelse utenfor Norge for å forberede disse på å jobbe i det Norske helsevesen.

Statsforvalteren finner at dette område er tilstrekkelig håndtert.

Spørsmål 2

Helseforetaket er bedt om å gjøre en vurdering av de 10 siste ansettelsene av overleger ved avdeling for kirurgiske fag i Flekkefjord og de 10 siste ansettelsene av overleger ved ortopedisk avdeling i Kristiansand.

Det er relativt få nyansettelser av overleger per år ved de to avdelingene. Etter dialog med Statsforvalteren er det gjort en gjennomgang av ansettelsesprosessen med vurdering av de 10 siste ansettelsene ved avdeling for kirurgiske fag i Flekkefjord, hvilket er 4 fast ansatte overleger og 6 overlegevikarer fra vikarbyrå. Ved ortopedisk avdeling i Kristiansand er det gjort en vurdering av de siste overlegeansettelsene.

For alle ansettelsene ved begge klikkene sjekkes:

- HPR nr.
- at turnus er godkjent
- at legen har autorisasjon
- at legen har godkjent spesialitet

Ved SSF:

I 2020 ble det ansatt 1 overlege i ortopedi og 1 overlege i gynekologi/fødselshjelp. I 2019 ble det ansatt en nyutdannet overlege i gynekologi/fødselshjelp. I 2018 ble det ansatt en overlege i anestesi.

I tillegg har det vært en gjennomgang av 6 vikarer hovedsakelig fra vikarbyrå, som sykehuset har benyttet de siste fire årene. Det gjelder 2 overleger i generell kirurgi, 2 overleger i anestesi og 2 overleger i gynekologi/fødselshjelp.

Ved SSK:

Det har ikke vært ansatte ortopeder i 2020. I 2019 ble det ansatt 2 overleger i ortopedi. Begge disse hadde tidligere vært ansatt som lege i spesialisering ved avdelingen. I 2018 ble det ansatt 1 ortoped.

Statsforvalteren merker seg at det gjennomgående er forholdsvis mange vikarer fra vikarbyrå ved avdeling for kirurgiske fag i Flekkefjord. Flere av vikarene er imidlertid kjente ved avdelingen i og med at de har vært benyttet flere ganger.

Spørsmål 3

Ledelsen er bedt om å komme med en redegjørelse for hvilke tiltak de har iverksatt for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene i SSHF.

SSHF har avgrenset redegjørelsen til å i hovedsak omfatte det faglige samarbeidet SSF har med de øvrige klinikkene i foretaket. Ledelsen trekker fram at det er innført felles undervisning i flere



fagområder for leger på tvers av foretaket. De understreker at det faglige samarbeidet om enkeltpasienter er godt, med lav terskel for direkte konferering på tvers av klinikker og lokasjoner.

Følgende tiltak er implementert/under implementering:

- Ambulering av ortopedier fra SSK til SSF som ble innført i 2019. Dette har bedret samarbeidet mellom SSF sine ortopedier og SSK sine ortopedier og det har også bedret samarbeidet med SSF sine anestesileger og operasjonssykepleiere. Ortopedene fra de to lokasjoner opererer alene. Det pågår et arbeid med å få etablert team av ortopedier fra SSK og SSF som opererer sammen.
- Avtale om rotasjon for operasjonssykepleiere fra SSA/SSK til SSF ble inngått mellom SSHF og NSF den 30.04.2021 med planlagt oppstart september/oktober 2021.
- Prosessen med reetablering og opprettelse av fagråd begynte i 2019. Det er nå fagråd innenfor alle medisinske fagområder som har virksomhet ved to eller flere klinikker. I fagrådene blir blant annet prosedyrer og uønskede pasienthendelser i fagområde gjennomgått. Fagrådene er rådgivende organ til linjeledelsen og det arrangeres møter mellom lederne av fagrådene og foretaksledelsen på tvers av klinikkene.
- Innføring av strukturert hospitering for overleger og program for legespesialister fra utlandet er under utarbeiding. Det er laget og vedtatt et seks måneders program for nyansatte legespesialister som har tatt sin spesialisering i utlandet. Det omfatter en kombinasjon av strukturert opplæring i SSHF og i egen klinikk samt hospitering i to perioder i andre klinikker.

Statsforvalteren er kjent med at det tverrgående samarbeidet innenfor de kirurgiske fagdisiplinene, ortopedi og gastrokirurgi mellom SSF og SSK tidligere vært utfordrende, noe som framkommer i flere av sakene som lå til grunn for dette tilsynet. Vi ser positivt på de tiltakende som er gjennomført og planlagt, men minner om at det også i nevnte saker har vært utfordringer knyttet til samarbeidet mellom de kliniske avdelingene i SSF og de radiologiske avdelingene ved SSK og SSA.

Spørsmål 4

Det bes om en redegjørelse for hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å bedre meldekulturen i helseforetaket.

SSHF har i nasjonale målinger lagt høyt i meldefrekvens sammenlignet med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst. SSHF ligger også forholdsvis høyt når det gjelder meldte hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Meldekulturen kan variere fra avdeling til avdeling internt i foretaket. Avgjørende for meldekulturen er at medarbeiderne erfarer at melding av uønskede pasienthendelser faktisk fører til endring i rutiner og praksis i egen virksomhet. SSHF understreker her avdelingsledelsens ansvar.

I oktober 2019 skiftet SSHF meldesystem fra TQM til Kvalitetsportalen. I løpet av de første tolv mnd. med bruk av Kvalitetsportalen økte antall meldte hendelser registrert som pasienthendelser fra ca. 1000 meldinger, til nærmere 4000. Det nye meldesystemet har også bedret mulighetene for å avdekke sammenhenger mellom hendelser som er meldt som HMS hendelse og hendelse meldt som pasienthendelse med pasientskade. Det kan være en gjensidig påvirkning mellom dårlig psykososialt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i en avdeling. SSHF ser at i aktuelle tilsynssak var der hendelser som var meldt i de ulike ordningene som ikke i tilstrekkelig grad og/eller fort nok ble sett i sammenheng. Meldeskjema er nå gjort lettere tilgjengelig gjennom hurtigitilgang på hjemmesiden.

Det tiltrådte ny kvalitetssjef i november 2019 og ny fagdirektør i februar 2020. Fagdirektøren gjennomgår rutinemessig alle meldte alvorlige uønskede hendelser og holder administrerende



direktør jevnlig oppdatert på disse. Fagdirektøren har dertil hver måned en samlet gjennomgang i foretaksledelsen over antall meldinger/100 innbyggere pr. klinikk, trender og mønstre. Her avdekkes også en eventuell uønsket intern variasjon i meldefrekvens.

Det er blant annet gjort følgende tiltak i de ulike klinikkene:

Klinikk for somatikk SSA

- Det er utarbeidet egne rapporter i Kvalitetsportalen for å følge med på antall avviksmeldinger måned for måned. Tall fra 2020 og 2021 viser at SSA har lagt lavere enn SSK og SSF på antall meldte avvik.
- Det er nå lagt tydeligere føringer for hva som er å anse som avvik.

Klinikk for somatikk SSK

- Saker i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) tematisertes for å få bedre oversikt og færre løsvrevne enkeltsaker.
- Det er fokus på å få ned saksbehandlingstiden av avvikssaker. Målet er å øke læringseffekten ved at avvikene tas på alvor og brukes aktivt i forbedringsarbeidet.
- KPU og avdelingsjefene berømmer melderne spesielt ved avvik som melder selv har vært delaktig i å forårsake.
- Det er en særskilt gjennomgang av § 3-3a sakene hver måned, og avdelingene er spesielt oppfordret til å bruke varselordningen også ved alvorlige hendelser som ansees som påregnelige.

Klinikk for somatikk SSF

Kirurgisk avdeling:

- Daglig påminnelse om uønskede hendelser fra forrige døgn i alle morgenmøter ved bruk av verktøyet «Grønt kors».
- Det oppmuntres generelt til å melde uønsket hendelse i det daglige arbeidet.
- Dette er også en del av opplæringen til nyansatte og vikarer.

Medisinsk avdeling:

- Det logges daglig på legenes morgenmøte om der har vært noen uheldige hendelser siste døgn.
- Ledelsen følger opp og sjekker om det blir skrevet avviksmeldinger dersom der rapporteres om uheldige hendelser.
- Verktøyet «Grønt kors» brukes for å registrere, etter-registrere og ha oversikt over uønskede hendelser.
- Medarbeiderne oppfordres til å melde uønskede hendelser.
- Avdelingsledelsen følger opp avviksmeldinger umiddelbart etter at de er meldt og gir snarlig tilbakemelding til melder om videre behandling.

Felles for begge avdelingene er at hendelsene presenteres og følges opp i KPU, at fokus er på systemnivå, og at tema - uønskede hendelser - brukes i undervisningen.

Tverrgående klinikk for prehospitaltjenester (PTSS)

Foruten det som gjelder for alle avdelingene i helseforetaket nevnes spesielt:

- Risikotavler pr. ambulansestasjon og AMK
- Ukentlige møter på tvers av avdelinger for oppfølging av uønskede hendelser.
- Klinikken har oppfølging av nærmeste leders ansvar for håndtering av uønskede hendelser og viktigheten av kvalitet på dette arbeidet.



- De har E-læringskurs for ansatte og ledere og klinikkinternt lederkurs i to trinn.
- Det blir utført et økende antall hendelsesanalyser.

Tverrgående medisinsk service klinikk (MSK)

- Det nevnes her spesielt at MSK har en fordel med kvalitetskoordinatorer innen laboratorievirksomhet og radiologi. Rollen oppleves som bindeledd mellom klinikkledelsen og ansatte og det er lav terskel for å kontakte kvalitetsrådgiver i stab.
- Oversikt over uønskede hendelser presenteres i hvert KPU i MSK.
- Avdelingssjefene presenterer for KPU en gang i året, minst en hendelse fra hver avdeling som her ført til forbedringsarbeid.

Statsforvalteren registrerer at det er ulikt utfordringsbilde i de enkelte avdelingene og i klinikkene. Vårt inntrykk i arbeidet med tilsynssakene de siste årene, er at meldekulturen har vært svært ulik fra avdeling til avdeling. Generelt har meldekulturen og avvikhåndteringen vært bedre i de medisinske enn i de kirurgiske avdelingene og avdelingene og sykehusene har mye å lære av hverandre, noe også oversikten over viser.

Kvalitetsarbeidet knyttet til pasienthendelsene i Kvalitetsportalen virker lovende selv om det generelt er et krevende og langdrygt arbeid å endre en kultur.

Spørsmål 5

Det er bedt om helseforetakets vurdering etter gjennomgangen 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.

Journalgjennomgangen ble etter konferering med Statsforvalteren gjort av erfarne LIS ved egne avdelinger etter mal utarbeidet av fagdirektøren, mens identifikasjon av meldte uønskede hendelser ble utført av seksjon for Kvalitet og pasientsikkerhet.

Gjennomgangen avdekket tre uønskede pasienthendelser som ikke var meldt i Kvalitetsportalen – to ved SSF og en ved SSK. Dette kommer vi tilbake til.

Ellers er det ikke avdekket nevneverdige avvik fra det som kan defineres som god medisinsk praksis hverken ved SSF eller ved SSK.

Spørsmål 6

Det er bedt om gjennomgang av de siste 30 henvisningene ved SSF der det har vært anmodet om kirurgisk tilsyn på pasienter innlagt på medisinsk avdeling. Hvor mange av disse anmodningene har pasientene fått kirurgisk tilsyn, eventuelt hvorfor ikke?

SSF har fram til tidspunkt for denne rapporten ikke hatt rutine for skriftlig anmodning om tilsyn. Slike rutiner ble innført våren 2021.



Dersom en avdeling anmoder om tilsyn og dette ikke gjennomføres av ansvarlige avdeling uten nærmere avklaring med anmodende avdeling, skal dette heretter meldes som en uønsket pasienthendelse og følges opp som sådan.

Siden ultimo 2018 har både avdeling for kirurgiske fag og medisinsk avdeling loggført utfordringer knyttet til samarbeid og kommunikasjon på tvers av avdelingene. Gjennomgang av disse loggene fra legenes morgenmøte, har imidlertid ikke vist utfordringer rundt gjennomføring av tilsyn.

Spørsmål nr. 7 og spørsmål nr. 8

Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon med hensyn til samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF, og hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon når det gjelder kulturen og praksis for å tilkalle vakthavende kirurg ved SSF.

SSHF har valgt å besvare disse to spørsmålene under ett. Etter klinikkdirektørens vurdering er det ikke avdekket store utfordringer knyttet til samarbeid mellom avdelingene i SSF. Ifølge avdelingssjefene er samarbeide i hovedsak godt.

Hendelsesanalyser gjennomført på foretaksnivå etter alvorlige uønskede hendelser har imidlertid vist behov for endringer, spesielt for pasienter med akutte magesmerter. Rutinene for håndtering av slike pasienter er endret.

LIS 1 forvakt kirurgi opplever fortsatt at terskelen for å tilkalle kirurgisk/ortopedisk overlege i bakvakt er høyere enn å tilkalle LIS 2 bakvakt på medisin. Begge avdelingene viser til behov for tilstedeværende LIS 2 bakvakt i kirurgi, noe som både vil redusere risikoen for samtidighetskonflikter og senker terskelen for konferering i vakttid.

Ved medisinsk avdeling er legestaben i stor grad preget av stabilitet. Ved avdeling for kirurgiske fag har det vært større turnover både på ledelsesnivå og i legestaben. Vakante legestillinger fører til bruk av vikarer og vikarbyrå. Klinikkdirektøren jobber systematisk med styrking av faglig ledelse og større kontinuitet i sentrale faglige stillinger.

SSF har et nedslagsfelt på ca. 40 00 innbyggere og har i utgangspunktet et lavt pasientvolum. For å kompensere for det lave pasientvolumet foreslåes bruk av felles ventelister, flytting av elektiv behandling til SSF, ambulering og rotasjon, trening, simulering og teamøvelser samt samarbeid med andre sykehus.

Statsforvalterens vurdering og behov for videre oppfølging

En gjenganger i enkeltsakene som lå til grunn for dette tilsynet var manglene faglig styring av den kirurgiske virksomheten spesielt ved SSF. Ledelsen var ofte uvitende om de uønskede hendelsene før de ble avdekket av Statsforvalteren (daværende Fylkesmannen). Meldekulturen hadde over mange år vært en utfordring og det var problematisk å få det enkelte involverte helsepersonell til selv å melde hendelsen.

SSHF har i løpet av de siste par årene gjort et omfattende og viktig arbeid i å gjøre meldesystemet lettere tilgjengelig og mer brukervennlig og til å kunne være et bedre verktøy i kvalitetsarbeidet. Vi har registrert at det legges ned mye arbeid med dette i fagavdelingen.



Det tar imidlertid tid å endre en «ukultur» og synet på viktigheten av «avviksmeldinger» er fortsatt kontroversielt i enkelte fagmiljøer eller hos enkelte medarbeidere.

Dette tilsynet har blant annet vist hva manglende kjennskap til eller åpenhet om uønskede hendelser, kan resultere i. Under denne oppfølgingen initiert av Statens helsetilsyn, framkommer det at SSHF fortsatt har en vei å gå. Ved SSF var det under den retrospektive gjennomgangen i desember 2020, funnet 1 uønsket hendelse som var registrert i Kvalitetsportalen og 2 uønskede hendelser som ikke var registrert, men som burde vært det. Tilsvarende var det for ortopedisk avdeling ved SSK samme måned registrert 1 uønsket hendelse som var korrekt fulgt opp og 1 uønsket hendelse som burde vært registrert, men som ikke var det. Denne gjennomgangen avdekket med andre ord at 3 av 5 uønskede hendelser ved de to avdelingene ikke var meldt. SSHF beskriver dette slik i tilbakemeldingen: *Dette bekrefter at det fortsatt er viktig å jobbe med å styrke meldekulturen og videreføre arbeidet med tiltakene.*

Statsforvalteren ønsker å se nærmere på dette område. Forutsetningen for læring og kvalitetsforbedring etter uønskede hendelser, er at hendelsene blir fanget opp og fulgt opp av avdelingsledelsen. Dette har også SSHF fremhevet som nevnt ovenfor.

Vi ber SSHF registrere antall uønskede hendelser meldt i Kvalitetsportalen, ved slutten av hver måned ved de to avdelingene, ortopedisk avdeling SSK og ortopedisk/kirurgisk avdeling SSF (føde/gyn. avdeling utelates) fra og med 1. januar 2022 til og med 30. juni 2022.

I samme periode ber vi disse to avdelingene ved en journalgjennomgang av opererte pasienter aktuelle måned, finne om det er uønskede hendelser som burde vært meldt, men som ikke er det, på lignende måte som dere gjorde under gjennomgangen fra desember 2020. Vi understreker at vi kun er interessert i de uønskede hendelsene.

Dersom dere oppdager uønskede hendelser som burde vært meldt, men som ikke er det, ønsker vi at dere anfører dato for når hendelsen skjedde og beskriver litt hva hendelsen og svikten dreier seg om.

Frist for tilbakemelding til Statsforvalteren er **01.09.2022**.

Dersom dere har spørsmål initialt eller underveis, kan disse stiles til saksbehandler på e-post. fmavaga@statsforvalteren.no eller på tel. 38 17 61 76 evt. mobil 913 68 018.

Med hilsen

Anne-Sofie Syvertsen (e.f.)
fylkeslege

Aud Henriette Garmann Askevold
ass. fylkeslege
Helse- og sosialavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO