



SØRLANDET SYKEHUS HF
Postboks 416 Lundsiden

4604 KRISTIANSAND S

Unntatt fra offentlighet i henhold
til offl § 24 andre ledd

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2025/1735-60, 2A TGI

16. desember 2025

Foreløpig rapport etter stedlig tilsyn – helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter

Statens helsetilsyn (heretter Helsetilsynet) fikk ved brev datert 11. juni 2025 fra Statsforvalteren i Agder (heretter Statsforvalteren) oversendt informasjon med oppfordring til tilsynsmessig oppfølging av Sørlandet sykehus HF (SSHF). Det ble vist til sju individuelt behandlede tilsynssaker.

Disse tilsynssakene gjelder alvorlige uønskede hendelser ved SSHF, gastrokirurgisk seksjon ved kirurgisk avdeling ved Sørlandet sykehus HF Arendal (SSA). Flere av sakene var tidligere blitt varslet som alvorlige hendelser til Helsetilsynet, som hadde oversendt varslene til Statsforvalteren for oppfølging.

I samråd med Statsforvalteren kom Helsetilsynet til at vi ville følge opp dette med et stedlig tilsyn, sammen med en representant fra Statsforvalteren i Agder. Tilsynet ble gjennomført ved SSA 15. og 16. oktober 2025. Overordnet tema for tilsynet er:

Hvordan Sørlandet Sykehus HF jobber med kvalitet og forbedringsarbeid, og tilrettelegger tjenestene til gastrokirurgiske pasienter ved Sørlandet sykehus HF Arendal, slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.

Ved det stedlige tilsynet gjennomførte vi et dialogmøte der ledelsen ved SSHF informerte om organisering og styring av helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter i foretaket, og om hvordan sykehuset hadde arbeidet med forbedring etter at de alvorlige hendelsene var blitt kjent. Helsetilsynet hadde også samtaler med helsepersonell ved SSA og ledelse både ved SSA og SSHF.

Vedlagt følger vår foreløpige rapport i saken. I rapporten beskriver vi hvordan helsetjenestene for gastrokirurgiske pasienter blir styrt og organisert ved sykehuset i Arendal. Vi gir også våre foreløpige vurderinger og konklusjoner. Helsetilsynet ber om at rapporten gjøres kjent for ledelsen og helsepersonellet vi har hatt samtaler med. Vi ber om tilbakemelding på hvordan vi har beskrevet praksis og organisering,



samt om dere mener noe viktig mangler i vår fremstilling. Vi viser til våre forventninger til videre oppfølging, som står til slutt i rapporten. Vi ønsker en samlet tilbakemelding på rapporten innen 1. februar 2026.

Med hilsen

Sjur Lehmann
direktør

Tone Giske
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi:
Statsforvalteren i Agder

Helsefaglige saksbehandlere:
seniorrådgiver Marianne Kjøsen
seniorrådgiver Kjell Ingar Bjørnstad

Juridiske saksbehandlere:
teamleder/seniorrådgiver Gro Fredheim
seniorrådgiver Tone Giske

Representant fra Stasforvalteren i Agder: Heidi Danielsen Liane

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	Error! Bookmark not defined.
2	Tema og bakgrunnen for den tilsynsmessige oppfølgingen	Error! Bookmark not defined.
2.1	Tema for tilsynet	Error! Bookmark not defined.
2.2	Bakgrunn for tilsynet	Error! Bookmark not defined.
3	Rettslige rammer	Error! Bookmark not defined.
4	Faglige krav og forventninger til virksomhet og helsepersonell	Error! Bookmark not defined.
5	Organisering, ledelse, kvalitet og styring	Error! Bookmark not defined.
5.1	Organisering og ledelse.....	Error! Bookmark not defined.
5.2	Kirurgisk avdeling SSA	Error! Bookmark not defined.
5.3	Bemanning, vaktordninger og rekruttering	Error! Bookmark not defined.
5.4	Løpende kvalitetsarbeid	Error! Bookmark not defined.
6	Helsetilsynets foreløpige vurderinger	Error! Bookmark not defined.
6.1	Tilretteleggingen og styringen av helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter	Error! Bookmark not defined.
	Bookmark not defined.	
6.1.1	Bemanning	Error! Bookmark not defined.
6.1.2	Kompetanse.....	Error! Bookmark not defined.
6.1.3	Spesialistutdanning	Error! Bookmark not defined.
6.1.4	Helhetlige og koordinerte tjenester	Error! Bookmark not defined.
6.2	Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.	Error! Bookmark not defined.
6.2.1	Løpende forbedringsarbeid	Error! Bookmark not defined.
6.2.2	Forbedringsarbeid i etterkant av alvorlige hendelser.....	Error! Bookmark not defined.
6.3	Videre tilsynsmessig oppfølging.....	Error! Bookmark not defined.

1 Sammendrag

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) har undersøkt rammebetingelser og forhold ved virksomhetens organisering og styring. Overordnet tema for tilsynet er:

Hvordan Sørlandet Sykehus HF (SSHF) jobber med kvalitet og forbedringsarbeid, og tilrettelegger tjenestene til gastrokirurgiske pasienter ved Sørlandet sykehus HF Arendal (SSA), slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.

Målet har vært å vurdere om SSHF har ivaretatt plikten til å yte forsvarlige, helhetlige og koordinerte tjenester for denne pasientgruppen, med særlig vekt på bemanning, kompetanse, opplæring, samhandling, pasientsikkerhet og løpende kvalitetsarbeid.

Helsetilsynet vurderer at gjennomgangen har vist alvorlige mangler i styringen av tjenestene til pasientgruppen, særlig knyttet til bemanning, rekruttering, kompetanseutvikling, kvalitetsarbeid og samarbeid mellom klinikkene. Det har vært manglende rutiner for forbedringsarbeid med utgangspunkt i komplikasjoner. Gjennomførte forbedringstiltak, blant annet etter tidligere sammenlignbare funn i tilsyn, har ikke gitt varige resultater.

- Tilsynet har vist alvorlige og vedvarende utfordringer innen bemanning, rekruttering og opprettholdelse av fagkompetanse ved gastrokirurgisk seksjon ved SSA. Dette har vært kjent både for ledelsen lokalt og i foretaket. Det mangler fast ansatte spesialister, det er store rekrutteringsproblemer, utstrakt bruk av vikarer, stor vaktbelastning, samt manglende rotasjonsordninger og høy turnover blant LIS-leger.
- Kompetansebygging, supervisjon og veiledning av LIS-leger er ikke tilstrekkelig ivaretatt. Det mangler systemer for å følge med på kvaliteten i tjenestene og formell progresjon i utdanningen for LIS-leger ved SSA. Mange har ikke veileder eller individuell utdanningsplan, og får ikke nødvendig erfaring for å møte kravene til spesialisering.
- Det er mangler i samarbeid og samhandling mellom sykehusene i helseforetaket. Fagrådet for gastrokirurgi har ikke vært aktivt, og det finnes få formaliserte arenaer for samarbeid og samhandling på tvers av klinikkene.
- Avvikssystem og kvalitetsarbeid er nylig styrket, men det har over tid vært mangelfull åpenhet, og lite tilbakemelding og oppfølging av meldte avvik og uønskede hendelser. Avviksmeldinger brukes i liten grad til læring, og det er fortsatt utfordringer med psykologisk trygghet og kultur for forbedring.
- Tiltak etter alvorlige hendelser har vært igangsatt, blant annet revisjon av pasientforløp og innføring av månedlige komplikasjonsmøter. Samtidig viser gjennomgangen at kjente problemstillinger, avdekket blant annet ved tidligere tilsyn, ikke har blitt fulgt opp tilstrekkelig for å sikre varig forbedring.

Helsetilsynet mener det er nødvendig med ytterligere og forpliktende tiltak, og systematisk oppfølging, for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og en bærekraftig drift for gastrokirurgiske pasienter ved SSA.

2 Tema og bakgrunnen for den tilsynsmessige oppfølgingen

Helsetilsynet skal ved tilsyn bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

2.1 Tema for tilsynet

Temaet for tilsynet er hvordan SSHF jobber med kvalitet og forbedringsarbeid, og tilrettelegger tjenestene til gastrokirurgiske pasienter ved SSA slik at pasientbehandlingen blir forsvarlig.

Relevante undertema som vi har undersøkt nærmere i tilsynet er:

- Hvordan sykehuset arbeider med å sikre forsvarlig behandling av gastrokirurgiske pasienter.
- Sykehusets systematiske arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

2.2 Bakgrunn for tilsynet

Helsetilsynet mottok i 2024 og 2025 flere varsler om alvorlige hendelser ved gastrokirurgisk seksjon, SSA. Flere av hendelsene ble oppdaget og varslet lenge etter hendelsesdato. Varslene ble oversendt Statsforvalteren i Agder (Statsforvalteren), som fulgte opp varslene innledningsvis. Statsforvalteren vurderte at saken, i tillegg til enkeltpersonells ansvar og handlinger, viste et mønster av forhold som burde følges opp med tilsyn av virksomhetens styring og ledelse. Statsforvalteren pekte på noen områder innenfor virksomhetens styring og ledelse som særlig bekymringsfulle, eksempelvis om de ansatte har riktig kompetanse, om språkferdighetene er gode nok, om avdelingen har en god kultur for å melde fra om feil, og om hvordan avvik blir brukt i kvalitetsarbeidet. Det kom frem at SSHF hadde gjennomført en intern revisjon, men Statsforvalteren stilte spørsmål om denne var tilstrekkelig til å avdekke eventuell risiko i tjenesten.

Statsforvalteren anmodet Helsetilsynet i brev av 11. juni 2025 om å følge opp SSA med hensyn til virksomhetens håndtering og samtidig vurdere om en av kirurgene ved SSA skal gis en administrativ reaksjon. Individsaken behandles i egen sak og vil ikke være en del av denne gjennomgangen.

Den 29. august 2025 var det møte mellom direktøren ved SSHF og direktøren i Helsetilsynet. Bakgrunnen var informasjonen som var oversendt fra Statsforvalteren. SSHF pekte blant annet på at det over tid hadde vært utfordringer med bemanningen ved gastrokirurgisk seksjon ved SSA, og at det hadde vært krevende å rekruttere leger. De hadde derfor satt i gang et arbeid for å løse bemanningsproblemene for gastrokirurgi. Dette arbeidet pågår fortsatt. SSHF redegjorde også for hvilke tiltak som hadde vært gjort fra høsten 2024, da ledelsen først ble kjent med alvorlige hendelser ved SSA. Den aktuelle kirurgen var tatt ut av tjeneste. Det var også gjennomført en intern gjennomgang (av SSHF omtalt som klinisk revisjon) i SSA med bakgrunn i de alvorlige hendelsene og bekymring blant de ansatte. Gjennomgangen omfattet totalt 39 pasientforløp, og tok utgangspunkt i datauttrekk av pasientforløp med komplikasjoner eller forlenget liggetid i 2024. 17 av forløpene var knyttet til den ene kirurgen. Formålet med gjennomgangen var å vurdere behandlingen som var utført, og om denne var innenfor god klinisk praksis. I møtet opplyste direktøren i Helsetilsynet at det ville bli gjennomført et stedlig tilsyn, og at

dette ville være et tilsyn med styringssystemer og internkontroll, og ikke med enkeltindivider.

Det har tidligere vært tilsyn i SSHF med sammenlignbar tematikk. Tilsyn med Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) i 2020 avdekket alvorlige mangler i styringen av kirurgiske tjenester, inkludert manglende kompetanse og oppfølging av leger. Sykehuset drev med for høy risiko og brøt kravene til forsvarlig drift (vårt saksnummer 2020/561). I tillegg har Statsforvalteren i 2025 gjennomført to tilsyn ved SSA som Helsetilsynet vurderer som relevante i foreliggende sak. I begge tilsynene er det pekt på mangler ved styringssystemet i SSHF. Det ene er tilsyn med akuttmottaket ved SSA. I dette tilsynet konkluderte Statsforvalteren med at SSHF ikke bruker styringsdata systematisk for å sikre forsvarlig pasientbehandling, og at det mangler risikovurdering ved akuttmottaket (Statsforvalterens saksnummer 2025/788)¹. Det andre er tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp ved gynekologisk seksjon SSA. Her konkluderte Statsforvalteren med at SSHF ikke hadde tilstrekkelig oversikt eller rutiner for bruk av tvungen somatisk helsehjelp, og at det manglet opplæring og etterlevelse av lovkrav (Statsforvalterens saksnummer 25/3638)².

For 12-13 år siden var det mye oppmerksomhet på resultatene ved kreftkirurgi ved SSA. I den forbindelse ble all gastrokirurgisk kreftkirurgi overført til Kristiansand og med det mistet SSA det aller meste av sin elektive tarmkirurgi. Ved det stedlige tilsynet fikk vi beskrevet at dette var bakgrunnen for og årsak til bemannings- og rekrutteringsproblemer ved SSA i dag. Det ble også pekt på at i forbindelse med at kreftkirurgien ble fjernet fra SSA, førte det til en fryktkultur blant de ansatte, som ga seg utslag i frykt for å gjøre feil og redsel for å få avvikshendelser.

3 Rettslige rammer

Det er et utgangspunkt at helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige³. Den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Ledelsen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift, og slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde lovpålagte plikter⁴.

Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Pasienter skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, og ledelsen skal tilrettelegge arbeidet slik at personellet i tjenesten kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovpålagte plikter.

Plikten til å planlegge tjenestene innebærer blant annet et krav for ledelsen om å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om, og

¹ Rapport – tilsyn med kvalitet og forsvarlighet – Sørlandet sykehus HF, akuttmottak Arendal sykehus 2025

² Rapport fra tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp ved Sørlandet sykehus HF - gynekologisk avdeling Arendal 2025 | Helsetilsynet

³ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 16 og 4

⁴ jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9

kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.⁵

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen⁶. Helseforetakene er underlagt de regionale helseforetakene, som har det overordnede ansvaret. Helseforetakene har et ansvar for å varsle eller melde fra til det regionale helseforetaket dersom det oppstår forhold som kan få betydning for driften eller kvaliteten på tjenestene.

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, samt å legge til rette for forskning og undervisning⁷. De regionale helseforetakene skal sørge for at regionens behov for utdanning av spesialister til spesialisthelsetjenesten blir dekket, blant annet ved å legge til rette for helhetlige utdanningsløp⁸. Utdanning sikrer at det finnes tilstrekkelig mange ansatte med riktig og oppdatert kompetanse. Plikten til å legge til rette for utdanning innebærer at helseforetakene må planlegge for fremtidig behov for kompetanse, slik at de forsvarlig kan møte befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Når det gjelder utdanning av leger i spesialisering (LIS), herunder utdanningsløp for LIS del 2 og 3, skal det blant annet sørges for at det utarbeides en individuell utdanningsplan i samråd med legen i spesialisering (LIS-legen), og at planen revideres ved behov⁹.

Krav til ledelse og styring i virksomheten medfører videre en plikt til å ha oversikt over risikofaktorer, og å sette inn risikoreduserende og skadeforebyggende tiltak der risiko er kjent. Det er et overordnet mål at alvorlige og uønskede hendelser i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp i virksomhetene. Ledelsen skal blant annet ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt i helsetilbudet og planlegge hvordan risikoen kan minimeres. Ledelsen har plikt til å gjennomgå uønskede hendelser og korrigere virksomhetens aktiviteter, slik at lignende forhold kan forebygges¹⁰.

4 Faglige krav og forventninger til virksomhet og helsepersonell

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres. Helseforetaket må sørge for å ha kunnskap om kvalitet og uønskede variasjoner i pasientbehandlingen, og praksis må justeres hvis det er nødvendig. Systematisk styring skal kunne hindre at menneskelige feil får konsekvenser for pasientene. Dette forutsetter fungerende sikkerhetsbarrierer.

Kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten er stor, med stadig mer spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi, økende behov for kommunikasjon og samhandling m.m. Tilstrekkelig kompetanse og erfaring er

⁵ jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7

⁶ jf. helseforetaksloven § 2a

⁷ jf. helseforetaksloven § 1

⁸ jf. spesialistforskriften § 4 første ledd

⁹ jf. spesialistforskriften §§ 4 bokstavene a og c og 25 første ledd

¹⁰ jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 8 bokstav e og 9

avgjørende for god og trygg pasientbehandling. Dersom dette utfordres, innebærer det at kravene til sikkerhetstiltak øker og at ledere og medarbeidere derfor må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering.

Gastroenterologisk kirurgi (gastrokirurgi) er en kirurgisk spesialitet som dreier seg om utredning, kirurgisk behandling og oppfølging av sykdommer og tilstander i bukhulens organer og bukveggen.

For et sykehus som skal følge opp gastrokirurgiske pasienter forventes det at både nødvendig fagkunnskap på feltet og tilstrekkelig bemanning er på plass. Det er ledelsens ansvar å følge opp at de ansatte har nødvendig kompetanse og nødvendige rammer for yrkesutøvelsen, og ha på plass systemer for å kunne følge opp dette.

Vaktordningen skal sikre at det alltid er tilstrekkelig antall leger på jobb med relevant kompetanse, både LIS-leger og overleger. Organiseringen av vakt må sørge for at de ansatte kan utføre sine oppgaver faglig forsvarlig og uten urimelig belastning. Videre skal vaktordninger sikre gode lærings- og supervisjonsmuligheter for LIS-leger. Dette gjelder også på natt og i helg. På sykehus med akuttfunksjon må vakthavende lege ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere de situasjonene som kan oppstå, eller vite når det er nødvendig å tilkalle mer erfaren lege eller spesialist. Akuttmottak skal ha helsepersonell med rett kompetanse til å ivareta de pasientgruppene som kommer til mottaket¹¹. For gastrokirurgi er det en forutsetning at bakvakt på seksjonen kan håndtere akutte gastrokirurgiske tilstander, herunder ivareta inneliggende gastrokirurgiske pasienter og komplikasjoner etter kirurgi. Det er en forventning til at ledelsen har systemer for å kontrollere at dette er på plass.

I dokumentet «Oppdrag og bestilling 2024 for Sørlandet sykehus HF» fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det blant annet at SSHF skal lage en plan for å sikre nok LIS- og overlegestillinger innenfor generell indremedisin og kirurgi. Utdanning av spesialister skal dekke behovene i regionen og redusere avhengighet av utenlandsk arbeidskraft. Det forventes at virksomheten sørger for at utdanningen av spesialister i virksomheten skjer innen faglig forsvarlige rammer. Det skal legges til rette for helhetlige utdanningsløp og læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene. Det skal legges til rette for veiledning og supervisjon.

En forutsetning for at ledelsen skal kunne følge med på områder hvor det er risiko for svikt eller behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenester, er at virksomheten har en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og uønskede hendelser. Gastrokirurgi er et fagområde med relativt høy frekvens av påregnelige komplikasjoner som ikke gir grunnlag for avviksmeldinger. En oversikt over alle komplikasjoner vil likevel kunne være et mål på kvalitet og gi informasjon om risiko og uønsket variasjon, og gi grunnlag for forbedring.

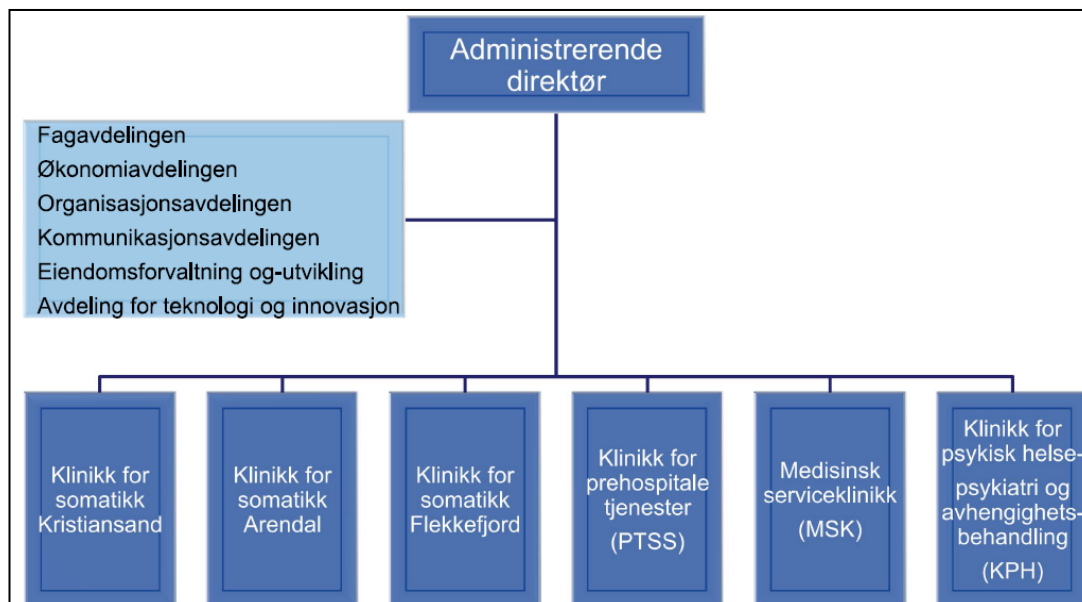
5 Organisering, ledelse, kvalitet og styring

I dette kapittelet beskriver vi rammebetingelser og forhold ved virksomhetens organisering og styring som anses relevante når det gjelder tema for tilsynet.

¹¹ Somatiske akuttmottak, nasjonal faglig retningslinje, Helsedirektoratet

5.1 Organisering og ledelse

SSHF er organisert i seks klinikker og ledes av administrerende direktør. I tillegg er det støttefunksjoner, som blant annet en fagavdeling. Se figur nedenfor.



Figur 1 «Sørlandet sykehus - klinikker og stabsavdelinger» (Fra organisasjonskart sshf.no)

Kirurgisk virksomhet i SSHF er organisert i adskilte kirurgiske avdelinger ved hver somatisk klinikk og underlagt stedlig klinikkdirektør. Gastrokirurgiske pasienter behandles ved kirurgisk avdeling ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK) og Sørlandet sykehus Arendal (SSA). Ved SSA er gastrokirurgi en seksjon i kirurgisk avdeling, med egen vaktordning for overlegene.

Fagråd

Sykehuset har ulike fagråd, som er en arena for samarbeid innen en spesialitet på tvers av klinikkene i SSHF. I henhold til oversendt dokumentasjon skal fagrådene fremme fagutvikling og faglig samarbeid mellom fagmiljøene i klinikker og avdelinger i SSHF og bidra til et likeverdig tjenestetilbud til alle pasienter i Agder, inklusive å redusere uønsket variasjon. Fagrådet skal gjennomgå og vurdere kvalitet og pasientsikkerhet innenfor eget fagområde, gjennomgå alvorlige pasienthendelser og bidra til læring på tvers. Det kom frem i samtaler ved det stedlige tilsynet at fagråd for gastrokirurgi ikke hadde vært aktivt i det siste, og siste møtereferat er fra 2022. Vi fikk opplyst at fagrådet for gastrokirurgi ikke fungerer godt nok.

5.2 Kirurgisk avdeling SSA

For vår sak er det særlig tilretteleggingen og styringen av kirurgisk avdeling ved SSA, der de alvorlige hendelsene har skjedd, som er relevant, og som vil bli presentert nærmere i det følgende.

Avdelingssjefen ved Kirurgisk avdeling SSA har overordnet faglig ansvar for den kirurgiske virksomheten ved avdelingen og har personalansvar for legene.

Avdelingssjefen rapporterer til den stedlige klinikkdirektøren. Avdelingen inkluderer fagområdene gastrokirurgi, plastikkirurgi og urologi. Gastrokirurgi er organisert i en egen seksjon med en seksjonsleder som er lege. Seksjonen behandler gastrokirurgiske tilstander unntatt kreft, samt har ansvar for øyeblikkelig hjelp innenfor generell kirurgi og traumemottak for om lag 120.000 innbyggere. SSA tar imot ca. 350-400 traumer per år. I tillegg har seksjonen ansvar for overvektskirurgi for SSHF.

5.3 Bemanning, vaktordninger og rekruttering

Det er i utgangspunktet seks overlegestillinger ved gastrokirurgisk seksjon. Disse dekkes av tre spesialister i gastrokirurgi og tre konstituerte LIS-leger med tre til fem års erfaring. Vaktbelastningen er oppgitt å være stor, og det har vært en utfordring over tid. Kun en av spesialistene i gastrokirurgi går i full vaktstilling. To av overlegene er over 62 år, og har derfor redusert vaktbelastning. Seksjonen har i tillegg en spesialist i gastrokirurgi som fungerer i stillingen som seksjonsoverlege, og har det faglige ansvaret ved seksjonen. Seksjonsoverlegen deltar ikke i vaktordningen ved SSA, men har sine vakter ved gastrokirurgisk seksjon ved SSK.

Vaktsituasjonen ble beskrevet som kaotisk. Spesialistene som går sine egne vakter beordres til mange ekstra vakter ut over det som er planlagt i turnus. Vaktplanen må dekkes og dessuten må spesialistene være bakvakt for de tre konstituerte overlegene, såkalte «bestefarvakter». Generelt jobber spesialistene langt utover vanlig arbeidstid, og de kan ha bakvakt flere døgn i strekk.

Til tross for selv å ha begrenset erfaring og et stort behov for hjelp ved operasjoner på vakt, har to av de konstituerte overlegene bakvakt for relativt uerfarne LIS-leger (se nedenfor). SSA praktiserer at en LIS-lege med mindre enn fire års erfaring må ha bakvakt til stede ved traumemottak. Samlet sett fører dette til at spesialistene som har bakvakt ofte har utrykning på vakt og det blir lite tid for hvile. Det ble i samtaler med oss ved stedlig tilsyn sagt at høy arbeidsbelastning går ut over dagarbeid som visitt og veiledning, og vi fikk beskrevet en bekymring blant LIS-leger om at de ofte står alene på vakt, særlig om natten. LIS-leger opplyste at det kan være vanskelig på natt å få overlegen som har bakvakt til å komme og tilse en pasient.

Gjennom informasjon fra ledelsen, ROS-analyser og samtalene på tilsynet fikk vi beskrevet alvorlige og vedvarende rekrutterings- og bemanningsproblemer, og at dette er forhold som gjør det vanskelig å opprettholde nødvendig kompetanse og forsvarlig drift både på kort og lang sikt.

Situasjonen gjør at gastrokirurgisk seksjon har utstrakt bruk av vikarleger. Fra de ansatte ble det i samtalene med oss pekt på at vikarene var helt nødvendige «for å få det til å gå rundt», men at vikarene, selv om de avlastet de fast ansatte, også innebar økt belastning og risiko. Det ble i samtalene pekt på at vikarene i varierende grad er kjent på sykehuset fra før, og at de ikke alltid kan følge opp egne pasienter fordi de som regel er til stede kun en uke eller to av gangen. Det ble pekt på at dette kan medføre risiko for mangelfull oppfølging postoperativt. Vi fikk høre om et tilfelle der en vikar som ikke var kjent på sykehuset fra før, hadde vakt første dag på sykehuset, og at vikarer som ikke kjenner de lokale forholdene og sykehusets rutiner er til mindre støtte for LIS-legene og de konstituerte overlegene.

Sengepost og visitt

Det ble ved tilsynet opplyst at samarbeidet med sykepleiere på sengepost fungerer godt. Gjennom samtale fikk vi informasjon om at det hadde vært stor utskiftning av sykepleiere på gastrokirurgisk sengepost og at mange av de erfarne sykepleierne hadde sluttet. Mange av de nye sykepleiere hadde lite erfaring, og det ble sagt at en del kirurgiske problemstillinger og rutiner var ukjente for sykepleierne.

Visitt på post har blitt gjennomført med en felles previsitt med LIS-leger og overlege til stede. Deretter gikk LIS-legene visitt i to grupper med sykepleier. LIS-lege som gikk visitt kunne være svært uerfaren. Det ble sagt at previsitt/visitt har fungert dårlig, men at dette er i ferd med å bli bedre. Det ble fremhevet at det har vært endringer de siste par årene, og at det har ført til en økt opplevelse av trygghet både for sykepleierne og LIS-legene ved pre-visitt og visitt.

Situasjonen for LIS-legene

På tidspunktet for tilsynet manglet tre LIS-leger i den 12-delte vaktturnusen. Vi hørte fra både LIS-leger og overleger at det over lang tid har vært ubesatte LIS-stillinger. Dette medfører at LIS-legene har større vaktbelastning enn hva det er planlagt for. Vi hørte at det ikke er uvanlig at også LIS-leger går flere vakter i strekk. Ettersom situasjonen har vedvart over tid, fører det til slitasje på de ansatte. Det fører også til at LIS-legene er mindre til stede på dagtid, og dermed ikke får satt av tid til veiledning og opplæring, for eksempel på operasjonsstuen. Det kom frem gjennom samtale at det er lite tid til fordypning og fagutvikling innenfor arbeidstiden. Det ble sagt at formell og praktisk veiledning av LIS-legene lider under situasjonen med for få erfarne overleger som bruker mye av arbeidstiden på vakter. De konstituerte overlegene har også behov for veiledning og oppfølging. Dette går igjen utover opplæringen av LIS-legene.

I referat fra møte mellom LIS-legene den 29. september 2025 er det opplyst at det var planlagt å ansette tre til fire overleger i «nordsjø»-turnus, som kunne veilede LIS-legene og ta vakter. Det skulle også bli en lengre opplæringsfase for konstituerte LIS-leger. Dette skjedde ikke, men plan om konstituering ble likevel gjennomført. Det pekes på manglende arenaer for tilbakemelding, at det er lite tilbakemelding på jobben som gjøres i bakvaktstikket og lite mulighet til å gi tilbakemelding om hvordan stillingen oppleves. Manglende kontinuitet ved avdelingen gjør det krevende for LIS-leger å arbeide som konstituert overlege. Det er eksempelvis vist til at «bestefarvaktene» tidvis fylles av vikarer uten kjennskap til SSA, rutiner eller kompetansen til LIS-legene.

I det samme møtetreferatet er det også pekt på at konstituerte overleger (LIS) skal overta veiledningsansvar for ferske LIS-leger ved avdelingen. Det kommer frem at svært få LIS-leger ved avdelingen har en veileder, eller en individuell utdanningsplan som følges opp, og at LIS-legene får mye ansvar for egen progresjon i spesialistutdanningen. Samlet sett pekes det i møtetreferatet på at LIS-legene i avdelingene ikke har forventet utdanningsprogresjon, og fra LIS-legenes side, stilles det spørsmål ved om det er forsvarlig at driften på avdelingen fortsetter.

Elektiv drift er tatt ned og LIS-legene ved SSA får lite erfaring med tarmkirurgi, bortsett fra ved øyeblikkelig hjelp. LIS-legene får ikke fylt sine operasjonslister og

kravene til spesialisering. Det ble sagt på tilsynet at SSA ikke har et fullverdig gastrokirurgisk tilbud, og at det fører til manglende progresjon i utdanningen av LIS-leger. Det ble opplyst om at det har vært en plan om rotasjon for LIS-legene til SSK, som ikke er iverksatt. Det ble sagt at SSK ikke har kapasitet til å ta imot LIS-leger fra SSA i rotasjon, og at det generelt ikke har vært et fungerende samarbeid mellom de gastrokirurgiske seksjonene SSA og SSK. Begrenset gastrokirurgisk tilbud sammen med manglende ordning for rotasjon, gjør at sykehuset mister muligheten til å utdanne egne kirurger. LIS-legene har byttet arbeidssted til andre sykehus etter ett til to år ved SSA. Omfanget av gastrokirurgiske prosedyrer ved SSA er så begrenset at de ikke har lyktes med å få LIS-leger til å komme tilbake til SSA når de er ferdig utdannede spesialister.

5.4 Løpende kvalitetsarbeid

I samtalene ved det stedlige tilsynet fikk vi høre at det gjennom flere år har vært arbeidet med å styrke avvikskulturen i helseforetaket og på sykehuset. Tidligere skal det i liten grad ha vært systematisk gjennomgang av avvik og komplikasjoner som ledd i det løpende kvalitetsarbeidet. Dels fikk vi høre at det hadde vært dårlig psykologisk trygghet på dette punktet, og at både LIS-leger og sykepleiere hadde opplevd det som vanskelig å ta opp spørsmål om forbedring.

Vi fikk opplyst at håndteringen av avvik nå var satt bedre i system. Dette har ført til en betydelig økning i antall avviksmeldinger. Det ble rapportert om stor variasjon mellom yrkesgruppene når det gjelder hvem som faktisk melder avvik. Legene blir oppfordret til å melde avvik, men det sendes fortsatt få avviksmeldinger fra denne gruppen, heller ikke ved alvorlige uønskede hendelser. Usikkerhet om hvilke typer hendelser som skal meldes, og mangel på tid til å melde avvik, ble oppgitt som årsaker til dette. Det ble også fremhevet at det kan være utfordrende å definere hva som regnes som avvik og hva som er mer eller mindre påregnelige komplikasjoner, knyttet til håndtering av gastrokirurgiske pasienter. I samtalene kom det også frem at legene sjelden opplever at avviksmeldinger blir brukt til læring. Avviksmeldingene behandles av avdelingsleder, og tilbakemelding til legene gis enten i avvikssystemet, per e-post, eller noen ganger direkte fra avdelingsleder. De ansatte opplever imidlertid at de sjelden får informasjon om hvordan deres meldte avvik blir fulgt opp, eller hvilke tiltak som eventuelt blir iverksatt. Seksjonsoverlegen har ikke noen direkte rolle i avviksbehandlingen, noe som utgjør en risiko for at viktige saker knyttet til seksjonens ansvarsområde ikke når seksjonsleder, for eksempel justering av praksis eller oppfølging av LIS.

Det er nylig innført månedlig «komplikasjonsmøte» hvor en av legene i seksjonen får ansvar for å velge ut og gjennomgå én komplikasjon/hendelse. Disse møtene er først og fremst for læring. Vi fikk høre ulike versjoner av hvordan komplikasjonsmøtene er organisert, og om hvilke saker som gjennomgås. Vi fikk ikke informasjon om at dette tiltaket har vært gjennomgått og evaluert fra ledelsens side.

Nåværende seksjonsoverlege var på tidspunkt for tilsynet i ferd med å etablere rutiner for systematisk registrering av komplikasjoner ved inngrep i seksjonen. Det hadde ikke vært gjort systematisk komplikasjonsregistrering i seksjonen tidligere. Kirurgiske inngrep ble rapportert til nasjonale registre som SOREG for fedmekirurgi, og NORGAST for gastrokirurgiske inngrep som galle, brokk og kolonkirurgi. I

samtale med ledelsen i helseforetaket ble det vist til disse rutinene for rapportering til nasjonale registre som en del av kvalitetsarbeidet. Imidlertid fikk vi informasjon om at disse registrene i liten grad dekker annen gastrokirurgi, slik at data fra NORGAST har begrenset verdi i det løpende forbedringsarbeidet på sykehuset. (I årsrapporten for 2024 ble det registrert totalt 23 inngrep ved SSA, alle kolonkirurgi, hvorav 57% var øyeblikkelig hjelp¹²).

Ved det stedlige tilsynet fikk vi overlevert et dokument fra revisjonen. I etterfølgende oversendelse datert 20. oktober 2025 fra ledelsen i foretaket opplyses det om at revisjonen består av fire delrapporter, og at dokumentet vi fikk overlevert på tilsynet innholdsmessig er likt revisjonsrapport del 2, men at det var en ikke-ferdigstilt versjon. De fleste funn er knyttet til enkeltstående hendelser relatert til én kirurgs praksis, men det ble også identifisert to pasientforløp der systemsvikt spilte en rolle. Revisjonen påpeker derfor et behov for varsling og journalrevisjon for å fange opp aktuelle type avvik, og vurdering av pasientrisiko ved større inngrep. I det som er kalt revisjonsrapport del 2, gjennomgang av funn ved klinisk revisjon på gastrokirurgisk avdeling SSA – læringspunkter på systemnivå, datert 8. oktober 2025, er det pekt på læringspunkter fra de to pasientforløpene.

6 Helsetilsynets foreløpige vurderinger

Statens helsetilsyn har kommet til at SSHF har brutt plikten til å yte forsvarlige helsetjenester. Vi har kommet til at SSHF ikke i tilstrekkelig grad har tilrettelagt og styrt for forsvarlige, helhetlige og koordinerte helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter ved Sørlandet sykehus HF Arendal. Manglende eller mangelfulle sikkerhetsbarrierer er en trussel for pasientsikkerheten. Helsetilsynets vurdering er at helseforetaket har drevet med unødig stor risiko.

Vi vil redegjøre for vurderingene bak konklusjonen i det følgende.

6.1 Tilretteleggingen og styringen av helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter

Det stilles krav til at ledelsen sikrer at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert og utført i samsvar med helselovgivningen. Gjennomgangen i saken har vist flere risikoområder som kan ha påvirket kvaliteten på helsehjelpen som er gitt gastrokirurgiske pasienter ved SSA.

For at gastrokirurgiske pasienter skal få forsvarlige tjenester ved SSA er det vesentlig at sykehuset har tilstrekkelig bemanning og personell med nødvendig kompetanse og ferdigheter. Videre må ledelsen overvåke og ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert ha oversikt over risiko og uønskede hendelser, for å kunne iverksette riktige tiltak som skal redusere risiko og ivareta pasientsikkerheten. Virksomheten skal også følge opp om tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Det er virksomhetens øverste ledelse som er ansvarlig for dette.

¹² Årsrapport NORGAST 2024

Det er avdekket vesentlige mangler i helseforetakets styring av helsetjenestene til pasientgruppen, noe som har satt pasientsikkerheten i fare og fått alvorlige konsekvenser for flere pasienter, og vi har kommet til at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16, spesialistforskriften § 4 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

6.1.1 Bemanning

Vi har kommet til at ledelsen ikke har sikret tilstrekkelig bemanning, herunder forsvarlige rammer for nødvendig bemanning ved SSA. Informasjonen i saken viser at det er betydelig risiko for manglende forsvarlige helsetjenester ved SSA knyttet til overbelastning, bemanningsmangel, utilstrekkelig kompetansepåfyll, lav kontinuitet og rekrutteringsvansker. Forholdene er ikke håndtert systematisk med adekvate tiltak som sikrer trygg og forsvarlig pasientbehandling.

Det er godt dokumentert i saken at det har vært og er utfordringer knyttet til bemanning, rekruttering og opprettholdelse av fagkompetanse ved gastrokirurgisk seksjon ved SSA, og at dette er kjent både for ledelsen i sykehuset og ledelsen i SSHF. Vi legger til grunn at utfordringene har vært til stede fra det ble gjort endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene i foretaket ved flyttingen av tarmkreftkirurgi fra Arendal til Kristiansand i 2013. Årsaken til denne endringen var flere alvorlige hendelser med svikt i tjenesteytingen. Det er dokumentert at utfordringene med bemanning og rekruttering har vært stadig økende, blant annet ved risikovurdering for ferieavvikling sommeren 2025.

Det er videre kjent for ledelsen at legegruppen er under sterkt press grunnet dårlig bemanning, og at dette har medført for høy belastning over tid. Under tilsynsbesøket hørte vi om leger som har flere døgnvakter etter hverandre og arbeidstid langt utover arbeidsplan. Det er utstrakt bruk av vikarer, og det er vanskelig å få tak i kirurger. Legene som gruppe har stor ansvarsfølelse, både kollegialt og for pasientene. De strekker seg derfor langt for å ivareta oppgavene ved seksjonen. Vi ble fortalt at de gastrokirurgiske oppgavene ved sykehuset ikke er interessante nok, og at dette medfører rekrutteringsvansker. Overlegene har stor vaktbelastning, og bruk av uerfarne LIS-leger krever at overlegene i større grad må komme på sykehuset. Det er stor slitasje på både overlegene og LIS-legene.

6.1.2 Kompetanse

Vi har kommet til at ledelsen ikke har sikret at ansatte kirurger ved SSA har tilstrekkelige kvalifikasjoner, både når det gjelder kompetanse og nødvendig erfaring innen gastrokirurgi, til å kunne utføre de arbeidsoppgavene de er satt til, på en forsvarlig måte. Ansvar for gastrokirurgisk øyeblikkelig hjelp i en befolkning på 120 000 innebærer risiko for at alvorlig syke pasienter kommer inn til SSA, med behov for hjelp av erfaren gastrokirurg. Vi har kommet til at sykehusets organisering ikke ivaretar pasientsikkerheten knyttet til gastrokirurgisk virksomhet.

Manglende kompetanse og erfaring var delvis kjent, men ble på ledernivå ikke fulgt opp med tilstrekkelige risikoreduserende tiltak. Manglende sikring av tilstrekkelig kompetanse og erfaring blant kirurgene, samt fravær av systematisk kvalitetsoppfølging og god samhandling, medfører betydelig risiko for at pasientene

ikke får forsvarlige, helhetlige og koordinerte tjenester. Dette kan føre til alvorlige behandlingssvikt og dårlig pasientsikkerhet, særlig ved akutte situasjoner som krever høy faglig kompetanse.

Det mangler system for kvalitetsoppfølging underveis, noe som kunne ha fanget opp at pasientbehandlingen i de alvorlige hendelsene, gjentatte ganger ikke var i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Legenes praksis var heller ikke underlagt systematisk oppfølging med tanke på etterlevelse av kravene til forsvarlige tjenester. Samtidig var det utfordringer knyttet til arbeidsmiljø, kommunikasjon og samhandling, noe som ytterligere kunne sette pasientsikkerheten i fare. Vi vurderer dette som alvorlig, og som et brudd på den plikten helseforetaket har til å sikre at medarbeidere i virksomheten har nødvendige kvalifikasjoner til å utføre sitt arbeid forsvarlig.

Det er helseforetaket som må avgjøre hvilke leger som kan utføre hvilke prosedyrer innenfor rammen for forsvarlighet. Spesialistforskriften sier noe om hvilken kompetanse ferdige spesialister innen de enkelte spesialitetene skal inneha, men regulerer ikke adgangen til å utføre bestemte prosedyrer eller oppgaver. Også leger med formell spesialistgodkjenning, må følges opp med nødvendige tiltak slik som ekstra opplæring, tilrettelegging av arbeidet, mer supervisjon/veiledning eller lignende hvis det oppstår tegn til at legen ikke utfører sitt arbeid forsvarlig. Når et helseforetak ansetter leger i overlegestillinger uten at de er godkjente legespesialister i Norge, har helseforetaket et særskilt ansvar for å foreta en vurdering av deres realkompetanse. Helseforetaket må dermed vurdere om legene, til tross for sin manglende spesialistgodkjenning, likevel kan utføre sitt arbeid forsvarlig, og i så fall hvilke oppgaver de eventuelt kan utføre. Tilsynet har vist manglende systematisk overvåkning og manglende systemer for at ledelsen skal kunne følge med på kvaliteten av helsetjenestene som gis.

Vi fikk opplyst i samtalene at ledelsen mener det er tilstrekkelig med bakgrunn som generell kirurg for å fungere adekvat som overlege ved gastrokirurgisk seksjon. Det ble blant annet vist til at det er krav om et visst antall tarminngrep for å kunne bli godkjent generell kirurg. Ved ansettelse av kirurger, kartlegges bakgrunn og det avtales hvilke typer inngrep kirurgene kan eller ikke kan utføre. Bruk av generell kirurg i spesialisert overlegestilling var også en sentral problemstilling i Flekkefjordsaken. Dette medfører risiko for at kirurgene møter på operasjonstekniske problemstillinger de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere.

6.1.3 Spesialistutdanning

Tilsynet viser mangelfull styring og ledelse av LIS-utdanningen, og at dette har ført til manglende veiledning, svak faglig progresjon og høy utskiftning av LIS-leger. Dette svekker både kvalitet og kontinuitet i opplæringen. Vi har kommet til at den manglende styringen og tilretteleggingen på dette punktet innebærer at helseforetaket ikke oppfyller kravene til forsvarlige helsetjenester. Vi vektlegger at leger ikke sikres nødvendig kompetanse og pasientsikkerheten dermed settes i fare.

I samtalene kom det frem informasjon om en svært krevende utdanningssituasjon ved kirurgisk avdeling ved SSA, som har vedvart over tid. Dette knytter seg til underbemanning av LIS-leger og spesialister, med redusert tid og rom for opplæring og erfaring. En stor andel av bakvaktene er dekket av vikarer, og dette vil svekke

kvalitet og kontinuitet i veiledningen og opplæringen av LIS-legene. Vi fikk informasjon om LIS-leger som ikke hadde veileder eller individuell utdanningsplan. For å avhjelpe utfordringene planlegges det for at de konstituerte overlegene skal ha veiledningsansvar for de ferskeste LIS-legene. Vi viser til krav i spesialistforskriften, med krav til at LIS skal ha veileder, og at veileder for LIS-2 og 3 må være spesialist. Vi legger til grunn at SSHF ikke oppfyller kravene på dette punktet.

Den krevende utdanningssituasjonen må også ses i sammenheng med at det er svært begrenset hvilke gastrokirurgiske inngrep som gjøres ved SSA sett opp mot hvilke krav som stilles til spesialistutdanningen. For å oppnå tilstrekkelig progresjon i utdanningen må LIS-legene relativt raskt videre til et annet sykehus. Dette fører til en høy utskiftning av LIS-leger og svekker faglig miljø og reduserer muligheten for intern læring. Virksomheten har ikke kompensert for dette ved formaliserte utdanningsløp eller rotasjonsordninger. Det kan synes som ansvaret for LIS-utdanning er lagt til avdelingssjefene, og hver avdeling skal ha sitt utdanningsutvalg. Det har ikke blitt lagt fram en samlet strategi for utdanning og rotasjon på tvers av klinikkene. Hvert sykehus i SSHF må selv ivareta utdanningen av egne LIS-leger.

Samtalene ga inntrykk av at samarbeidsklimaet mellom sykehusene innen gastrokirurgi over tid har vært utfordrende, og at dette gjør rotasjon for LIS-legene vanskelig. Vi ble imidlertid gjort kjent med enkelte forbedringstiltak det siste året, for eksempel at LIS-legene i større grad enn før blir satt som førsteoperatør ved operasjoner. De får dermed mer eierskap til operasjonen og et større læringsutbytte.

6.1.4 Helhetlige og koordinerte tjenester

Utgangspunktet for ledelsens ansvar i spesialisthelsetjenesten er tydelig forankret i både lovverk og nasjonale føringer, hvor det stilles klare forventninger om at tjenestene skal være helhetlige og godt koordinerte – til beste for pasienten. Det forutsettes at ledelsen legger til rette for samhandling på tvers av fagområder og organisatoriske enheter, slik at pasienten opplever en sømløs tjeneste.

Tematikken ble adressert i Flekkefjordsaken der det fra SSHF sin side ble fremhevet at foretakets styringssystem må bidra til å håndtere de generelle utfordringene som de fleste mindre akutt sykehus i distriktet står overfor. Dette gjelder blant annet lavt pasientvolum, små og sårbare fagmiljøer med få spesialister, rekrutteringsutfordringer med manglende kontinuitet og utstrakt vikarbruk, utfordringer med å sikre jevn kvalitet hos vikarer, økende spesialisering og subspesialisering innenfor det enkelte fagområde, sikring av riktig kompetanse i front og effektiv samhandling med andre avdelinger i andre deler av foretaket. Vi legger derfor til grunn at risiko og foretakets sårbarhet på dette punktet har vært godt kjent i ledelsen. På foretaksnivå ble etablering av fagråd fremhevet som et viktig tiltak som skulle kompensere for disse utfordringene.

Vi har kommet til at det ikke i tilstrekkelig grad kommer frem at planlagte tiltak eller gjeldende styringssystemer kompenserer for sårbarhetene som det er pekt på. Somatikken i SSHF er delt opp i geografiske klinikker under en felles ledelse, men ved tilsynet har vi ikke sett gjennomgående faglige linjer. Våre funn kan tyde på en fragmentering av organisering og tjenester når det gjelder fag, kvalitetsarbeid og utdanning av LIS-leger.

Vår vurdering baserer seg blant annet på det vi har fått opplyst og ser knyttet til organiseringen av kirurgien i SSHF. Kirurgien er organisert i selvstendige avdelinger i sykehusene, underlagt hver enkelt klinikkdirktør. Det er ingen felles kirurgisk ansvarslinje. Dette innebærer en risiko for fragmentering av tjenestene og manglende samhandling på tvers. Det kommer fram både i samtaler og dokumentasjon at det er lite samarbeid mellom sykehusene om funksjonsfordeling, faglig bistand og håndtering av vakt- og rekrutteringsutfordringer. Avviksmeldinger som gjelder kirurgi håndteres lokalt og deles i liten grad med resten av det kirurgiske fagmiljøet i SSHF. Det finnes ikke faste ordninger for felles bemanning, erfaringsutveksling, utdanning av LIS-leger eller kompetanseheving på tvers. Dette rammer særlig SSA, som gjentatte ganger har bedt om mer samarbeid uten å få det gjennomført i praksis.

SSHF har etablert ulike fagråd for samarbeid innen spesialiteter på tvers av klinikkene etter avgjørelsen i tidligere tilsynssak i 2021, men fagrådet for gastrokirurgi har ikke vært aktivt på lenge (siste referat er fra 2022). Dette medfører at læring og erfaringsutveksling mellom de to sykehusene med gastrokirurgiske seksjoner ikke fungerer godt nok, noe som bidrar til fragmentering av organisering og tjenester.

6.2 *Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.*

Det å sørge for forsvarlige tjenester, er en kontinuerlig prosess som krever at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Forsvarlig virksomhetsstyring krever derfor at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser, men også at det iverksettes tiltak for å forebygge at lignende situasjoner oppstår igjen, eksempelvis ved å etablere nødvendige rutiner.

Det stilles krav til at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette forutsetter en solid internkontroll for å overvåke tjenester, identifisere og håndtere avvik, og forebygge feil. Vi vurderer at gjennomgangen har vist at SSFH ikke har oppfylt denne plikten, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 8 og 9. Tilsynet viser mangelfull korrigering av risiko som har vært kjent for sykehuset og svikt i det løpende kvalitetsarbeidet i foretaket.

6.2.1 *Løpende forbedringsarbeid*

Tilsynet har vist at det er en manglende kultur for å melde avvik, og at ansatte ved SSA i liten grad melder avvik. Ansatte får sjelden tilbakemeldinger på meldte avvik, og det er ikke vist til at avvik har medført løpende tiltak for å forbedre kvaliteten ved gastrokirurgisk seksjon. Manglende registrering og håndtering av avvik bidrar til at risikoforhold ikke oppdages, og svekker dermed både pasientsikkerhet og muligheten for å oppfylle kravene til forsvarlige og kontinuerlig forbedrede helsetjenester.

Når et helseforetak ansetter leger i overlegestillinger uten at de har de nødvendige kvalifikasjonene, har foretaket også et særskilt ansvar for å følge opp legene med nødvendige tiltak slik at helsetjenestene legene gir pasientene, blir forsvarlige. Hvis det viser seg at legene ikke gir pasientene forsvarlige helsetjenester, må ledelsen sørge for systematisk oppfølging av kvaliteten på legenes pasientbehandling og om nødvendig iverksette kompetansehevende tiltak som eksempelvis supervisjon eller

hospitering. Det må også sikres en organisasjonskultur der det er trygt å melde fra om svikt i tjenestene og der det er trygt å be om bistand fra mer erfarne leger.

Vi har fått informasjon om at helseforetakets styringssystem gjennomgås årlig, og at gjennomgangen deles opp i fire møter fordelt gjennom året. Etter seks måneder gis en skriftlig statusrapport om fremdriften med tiltakene. Vi har fått oversendt ledelsens gjennomgang på følgende policyområder: kvalitet og pasientsikkerhet, HR og HMS. I ledelsens gjennomgang av 10. desember 2024 ble det blant annet vedtatt å sikre at ansettelsesrutiner etterleves på alle nivåer i foretaket. I ledelsens gjennomgang av 14. oktober 2025 er det pekt på en bekymring etter ledelsens gjennomgang høsten 2024, ved at mange sentrale fagråd ikke fungerer. Det ble i februar 2025 vedtatt tiltak for å revitalisere og forankre fagrådene. Det er ikke dokumentert at tiltaket er iverksatt og hvorvidt det har medført bedre systematikk for løpende kvalitetsarbeid.

6.2.2 Forbedringsarbeid i etterkant av alvorlige hendelser

SSHF har plikt til å gjennomgå alvorlige hendelser for å redusere fremtidig risiko for at lignende situasjoner kan oppstå¹³. Det betyr å avdekke og dokumentere risikoutsatte områder, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og iverksette de tiltakene som viser seg å være effektive.

Vi legger til grunn at SSHF ikke har oppfylt sin plikt på dette punkt. Det har vært manglende oversikt og systematikk i oppfølgingen av alvorlige hendelser. Flere alvorlige saker ble først varslet betydelig tid etter at hendelsene faktisk fant sted, noe som fører til at muligheten for å lære og iverksette nødvendige tiltak reduseres. Det er et gap mellom de kravene som regelverket stiller og den faktiske håndteringen av uønskede hendelser ved avdelingen, som det er viktig at SSHF jobber med for å tilby forsvarlige helsetjenester og for å etablere en god kultur som fremmer læring og kontinuerlig forbedring.

6.3 Videre tilsynsmessig oppfølging

Vi har kommet til at det foreligger flere brudd på helselovgivningen i saken. Det er ikke godtgjort at svikten som er påpekt i punktene 6.1 og 6.2 er håndtert med nødvendige og tilstrekkelige tiltak. Vi har derfor kommet til at saken skal følges opp videre tilsynsmessig,

Vi har vurdert de tiltakene helseforetaket har pekt på som tiltak til forbedring etter at de alvorlige hendelsene ble kjent. Vi har sett på hvordan det er beskrevet at utfordringene knyttet til bemanning og rekruttering skal følges opp. Vi har kommet til at det er tatt noen positive grep, blant annet når det gjelder avvikshåndtering, meldekultur og komplikasjonsregistrering i SSA. Det er imidlertid ikke vist at tiltakene har hatt varig effekt for forbedring av tjenestene. Vi vurderer videre at sakens alvorlighet og de forholdene vi har pekt på under punktene 6.1 og 6.2 tilsier at helseforetaket må gjennomgå rapporten med tanke på om det er behov for ytterligere tiltak. Tilsynet har vist at helseforetakets ordinære styringstiltak ikke har vært tilstrekkelige. Helseforetaket må derfor iverksette nødvendige tiltak for forbedring.

¹³ jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 8 bokstav e og 9

Det er etter vår vurdering særlig viktig at SSHF kan synliggjøre bedre kontroll med at alle operasjoner gjennomføres av personell med nødvendig kompetanse og erfaring, og at eventuell svikt kan oppdages og rettes.

Virksomheten har varslet om alvorlige hendelser, men det har også kommet fram flere hendelser etter hvert i arbeidet med saken. Etter de alvorlige hendelsene ble det ved årsskiftet 2024-2025 initiert en gjennomgang (revisjon) av pasientforløp med komplikasjoner eller avvik i forhold til forventet forløp, for å undersøke om det var person- eller systemsvikt eller ukultur. Den aktuelle kirurgen det er tilsynssak med, ble tatt ut av tjeneste mens denne gjennomgangen pågikk. Tidligere saker ble også gjennomgått for å se etter mønster. Revisjonen viser til risikoreduserende tiltak ved vurdering av «sjeldne pasienter». Her foreslås blant annet avdelingsspesifikk mal for preoperative notater og punkter som bør vurderes ved preoperativ vurdering og betydningen av å drøfte pasienter i aktuelle møter. Videre påpekes nødvendigheten av å sikre tilstrekkelig kompetanse på visitt.

Helsetilsynet vil bemerke at det har vært krevende for tilsynsmyndigheten å få informasjon om hva som var funn i revisjonen, og på hvilket grunnlag denne ble gjort. Vi legger til grunn informasjon i samtaler under det stedlige tilsynet, om at det ble tatt initiativ til revisjonen ved sykehuset i Arendal på bakgrunn av en intern bekymringsmelding av 2. januar 2025 om faglig kvalitet på enkelte inngrep ved gastro- og generellkirurgisk seksjon. Vi fikk også høre at flere LIS-leger og overleger tidligere hadde meldt bekymringer uten at det førte til konkrete handlinger. I samtalene ble det pekt på hyppige endringer i ledelsen i avdelingen som en mulig årsak, og at det manglet trygghet for å adressere risiko knyttet til konkrete hendelser.

Sykehusets meldesystem for uønskede hendelser har fått økt oppmerksomhet, og ledelsen oppfordrer til aktivt å melde avvik. Det er innført månedlige komplikasjonsmøter der både LIS-leger og overleger deltar for å gjennomgå alvorlige hendelser, og det er iverksatt læringstiltak fra slike gjennomganger. Dette skal styrke læring og tidlig identifikasjon av uønskede utviklingstrekk. I revisjonsrapporten er det også pekt på betydningen av å diskutere pasientsikkerhetskultur og det å skape en åpenhetskultur.

Revisjonsrapporten påpeker også at ansatte som får sine kliniske ferdigheter vurdert etter flere uønskede hendelser, må få støtte fra organisasjonen og mulighet til å heve sin kompetanse der det er behov. Virksomheten bør legge til rette for (re)opplæring fremfor sanksjoner, for å ivareta både den enkelte og organisasjonens kompetanse og arbeidsmiljø.

Helsetilsynet konstaterer at revisjonen avdekket svikt på flere sentrale områder som er avgjørende for å kunne tilby forsvarlige gastrokirurgiske tjenester. Til tross for at enkelte tiltak er iverksatt etter alvorlige hendelser – som revisjon av rutiner, styrking av melding av avvik, og innføring av komplikasjonsmøter – viser både denne og tidligere tilsynssaker at strukturelle utfordringer vedvarer. Spesielt alvorlig er det at mange av de risikoområdene og sviktene som nå avdekkes, også ble identifisert ved forrige gjennomgang, uten at det er satt inn tilstrekkelige eller varige tiltak for forbedring.

Det er særlig bekymringsfullt at gjentatte tilsyn og interne gjennomganger påviser de samme manglene. Flere av funnene omhandler at risikoområder, bekymringer fra ansatte og identifisert systemsvikt har vært kjent over lengre tid – uten at ledelsen har satt inn konkrete og målrettede tiltak som har ført til reell, dokumenterbar forbedring. Dette tyder på svikt i både styringssystemer, oppfølgingspraksis og i evnen til organisatorisk læring etter alvorlige hendelser.

Helsetilsynet stiller derfor spørsmål om helseforetakets systemer for læring på tvers og håndtering av alvorlige hendelser er tilstrekkelige. Det fremstår som uklart i hvilken grad identifiserte svakheter faktisk omsettes til praktiske og målrettede forbedringstiltak, og om tiltakene følges opp med evaluering av faktisk effekt i pasientforløpene. Opplysninger fra tilsynet peker blant annet på at meldte bekymringer fra fagpersonell ikke har blitt fulgt opp med nødvendige handlinger, at det har vært mangelfull åpenhet og trygghet for å melde fra om bekymringer, og at lederskifter og uklar ansvarsfordeling har bidratt til utilstrekkelig oppfølging av kjente risikoforhold.

Statens helsetilsyn ber om at vi får en skriftlig tilbakemelding til denne rapporten, der:

- Helseforetaket foretar en systematisk og helhetlig gjennomgang av alle tiltakene som er foreslått, og vurderer om disse er tilstrekkelige til å motvirke svikten som er påpekt i punkt 6.1 og 6.2.
- Helseforetaket utarbeider konkrete, tidfestede og etterprøvbare planer for oppfølging, implementering og effektmåling av tiltakene.
- Helseforetaket synliggjør hvordan man bedre kan sikre at læring fra alvorlige hendelser og tilsyn blir systematisert og faktisk brukt til forbedring på tvers av enheter og avdelinger.