

SSHF

Oppsummering Rotårsaksanalyse

Mandal – 02.09.22

KOM-programmet v/ Grete Dagsvik og Nicolai Modalsli
21.11.2022

Innhold

Innledning.....	3
Bakgrunn og hensikt.....	3
Rammer for arbeidet.....	3
Metode og problemstilling.....	4
Rotårsaksanalysen -metodikk.....	4
Forståelse av problemstillingen	4
Metode for oppsummering av rotårsaksanalysen	4
Tematisk oppsummering av områder	5
Lite fagmiljø	5
Ledelse.....	6
Håndtering av uønskede hendelser	7
Organisering	7
Politisk perspektiv	8
Legespesialisering.....	8
Rammer for LIS oppfølging.....	9
Ønskesituasjon	10
Forslag til tiltak	12
Organisering og ledelse	12
Fagutvikling og utdanning	12
Ansettelse.....	12
Evaluerings.....	13

Oppsummering av rotårsaksanalyse 02.09.22

Innledning

Bakgrunn og hensikt

Administrerende direktør inviterte i januar 2022 til en arbeidsgruppe der fire tillitsvalgte, fagdirektør og organisasjonsdirektør sammen med administrerende direktør fikk i oppdrag å planlegge og gjennomføre rotårsaksanalysen. Formålet med analysen var å identifisere årsaker til at en medarbeider ikke fikk nødvendig faglig oppfølging og veiledning. Arbeidet skulle videre starte identifikasjon av tiltak for å hindre at tilsvarende situasjon kan gjenta seg i SSHF. Rotårsaksanalysen skulle ende i en oppsummering som administrerende direktør skal bearbeide videre i møte med SSHFs ledere høsten 2022, og presentere i SSHFs styre. Prinsipp for tiltak som iverksettes er at de skal gjelde for hele SSHF der det er relevant.

Problemstillingen som lå til grunn for rotårsaksanalysen var utarbeidet i samarbeid med tillitsvalgte og ble også presentert på formøter for deltakere.

Problemstillingen til rotårsaksanalysen var følgende:

Hvorfor oppdaget vi ikke at vi hadde en medarbeider som ikke fikk nødvendig faglig oppfølging og veiledning?

Rammer for arbeidet

I tabellen under fremkommer deltakerne i rotårsaksanalysen. Alle deltakere fikk tilbud om en forsamling med fagdirektør i forkant av rotårsaksanalysen for å tilstrebe en felles forståelse av den aktuelle situasjonen. Program for dagen, gruppedeltakere og problemstillingen ble utarbeidet i samarbeid mellom administrerende direktør, fagdirektør, organisasjonsdirektør og tillitsvalgte. Ansatte i KOM-programmet ble bedt om å fasilitere og lede hver gruppe gjennom rotårsaksanalysen.

Selve rotårsaksanalysen ble gjennomført 2.september 22 på Mandal hotell. Deltakere i analysen var ansatte-representanter, tidligere ledere fra den aktuelle perioden, nåværende ledere og eksterne deltakere.

Grupper	Deltakere
Ansattrepresentanter styret	Hans T. Thomassen (KTV legeforening) Cecilie L. Gundersen (FTV legeforening) Merethe K. Hoel (FTV Fagforbundet) Grethe Dølbakken (FTV Norsk sykepleieforbund)
Tillitsvalgte som deltar i analysen	Kari Løvland (KTV Norsk sykepleieforbund) Christian Stremme (KTV legeforening)
Eksterne deltakere	Elizabeth Arntzen (pensjonist, tidligere Helse Sør-øst) Eldar Søreide (Fagdirektør Stavanger Universitetssykehus)
Tidligere ledere	Geir Bøhler (tidligere klinikkdirektør Kirurgi SSHF) Anette Solinski (tidligere klinikkdirektør SSF) Marcus Gørgen (tidligere avdelingsleder kirurgi SSHF/SSF) Per Engstrand (tidligere fagdirektør SSHF)
Tidligere og fremdeles ledere Nye ledere	Elisabeth Urstad (tidligere avdelingsleder kirurgisk avdeling SSF) Anne Grete Vhile (Personalsjef SSHF) Øystein Berg (Avdelingssjef ortopedisk avdeling) Ingeborg Eikeland (tidligere avdelingsleder kirurgisk avdeling SSF) Vegard Øksendal Haaland (tidligere klinikkdirektør SSF) Øystein Evjen Olsen (klinikkdirektør SSF) Else Kristin Reitan (kvalitetssjef SSHF) Karina Tjørve (avdelingssjef Kirurgiske fag SSF) Nina Føreland (organisasjonsdirektør SSHF) Susanne Hernes (fagdirektør SSHF) Nina Mevold (administrerende direktør SSHF)

Program for dagen

0900 Velkommen v/Nina Mevold

0910 Presentasjon av deltakere og roller v/ Grete Dagsvik

0920 Bakgrunnsinformasjon om ortopedisaken v/ Susanne S Hernes

0950 Kaffe

1000 Rotårsaksanalyse metodikk v/ Mari Helland Frøysnes

1015 Rotårsaksanalyse start

1200 Lunsj

1245 Fortsette rotårsaksanalyse

1330 Kaffe

1345 Fullføre rotårsaksanalyse – beskrive ønskesituasjonen

1445 Evaluering og avslutning

Metode og problemstilling

Rotårsaksanalysen -metodikk

I en rotårsaksanalyse skal vi finne underliggende årsaker til en hendelse eller en problemstilling. Analysen er et verktøy for å identifisere årsaker, både nedover og bortover i årsakshierarkiet. Dette gjør man ved å utforske mulige årsaksforklaringer på hvert nivå. Dette handler i første omgang ikke om å utelukke forklaringer, men å lete etter alternative forklaringer. Man vil dermed skaffe seg et så bredt bilde som mulig.

Hjelpespmårl i en rotårsaksanalyse er:

- Hvorfor?
- Hvilke andre alternativer?

Forståelse av problemstillingen

Ved oppstart av arbeidet ble problemstillingen problematisert ved flere av bordene. Følgende tilbakemelding ble gitt på problemstillingen:

- Det var behov for en tydeliggjøring av problemstilling og hva analysen skulle inneholde når det gjelder tidsperspektiv, og hvilke personer og lokalisasjoner som var omfattet av problemstillingen.
- Problemstillingen opplevdes av noen at den var ladet og uriktig. Dette fordi deltakerne rundt bordet mente at det var oppdaget at man hadde en medarbeider med behov for faglig oppfølging og veiledning, men at tiltakene ikke lyktes av flere årsaker. Dette kommer fram i analysen.
- Enkelte deltakere sa også at de hadde gitt tilbakemelding om at problemstillingen ikke stemte i forsamlingen.

Uenighet omkring problemstillingen ble løst ved at man på flere grupper skisserte ulike inngangsperspektiv til analysen:

- Problemstilling ble oppdaget, men tiltak ble ikke iverksatt
- Problemstillingen ble oppdaget og tiltak ble iverksatt, men var ikke tilstrekkelig
- Problemstillingen ble ikke oppdaget

Gruppene hadde en felles forståelse om at analysen videre ville bli den samme, på tross av uenighet om formuleringene i problemstillingen.

Metode for oppsummering av rotårsaksanalysen

Alle skrev årsaker på gule lapper under gjennomføringen, og arbeidet med å sortere dem i fellesskap. Gruppelederne har digitalisert dette kartet i etterkant av arbeidet. Disse kartene er igjen sett i sammenheng for alle 5 gruppene, og videre satt sammen til større detaljerte kart. Representanter fra KOM har systematisert, tematisert resultatene i etterkant og oppsummert innholdet.

Oppsummeringen inneholder påstander, ulike perspektiv og forståelser av bildet som kan oppleves unyansert for leseren. Vi har ikke forsøkt å modifisere utsagn og perspektiv, men heller presentert bredden av perspektivene for å få fram det totale bildet i rotårsaksanalysen. Enkelte utsagn kan derfor oppleves uriktige for andre, men beskriver deltakernes perspektiv og forståelse i den aktuelle situasjonen.

Tematisk oppsummering av områder

Oppgaven

Dere skal nå i fellesskap utforske rotårsakene til følgende problemstilling:

Hvorfor oppdaget vi ikke at vi hadde en medarbeider som ikke fikk nødvendig faglig oppfølging og veiledning?

- Rotårsaker nedover identifiseres med: HVORFOR?
- Årsaksforklaringer bortover: HVILKE ANDRE?
- Rett før lunsj ble det gjort en foreløpig oppsummering i plenum hvor gruppene presenterte de viktigste områdene som var blitt identifisert til nå. Etter lunsj jobbet gruppene ferdig rotårsaksanalysen innenfor tidsrammen og presenterte hovedfunn i plenum på nytt.

Funnene fra rotårsaksanalysen er tematisert i 7 områder:

1. Lite fagmiljø
2. Ledelse
3. Håndtering av uønskede hendelser
4. Organisering
5. Politisk perspektiv
6. Legespesialisering
7. Rammer for LIS oppfølging

Nedenfor beskrives disse områdene kort ved en tabell med tilhørende tekst, lengden på teksten gjenspeiler størrelsen på datagrunnlag for det aktuelle området. Det gjøres oppmerksom på at flere av områdene henger tett sammen, det kan derfor oppleves som at områdene går noe over i hverandre og at enkelte årsaker gjentas.

Lite fagmiljø

Hovedpunkter	Eksempler fra analysen
Få tar ansvar for avd. faglig kvalitet	• Avdelingssjef manglet medisinsk faglig rådgiver i en periode • Ansvar for medisinsk faglig rådgiver ikke tydelig definert
For få ortopeder i Flekkefjord	• Operatører arbeidet på egenhånd, uten tilbakemelding fra andre i fagmiljøet • Rekrutteringsutfordringer • For lite sykehus
Ikke tilstrekkelig kompetanseutvikling	• Lite kontakt med øvrig nasjonalt fagmiljø • Fokus på å gjennomføre driften, derfor lite tilstede i kompetanseutvikling

En utfordring som ble pekt på var for svak eller ikke tilstrekkelig forstått ansvar for det medisinsk faglige ved avdelingen. I en periode manglet det medisinsk faglig rådgiver til avdelingssjef ved SSF,

(det kommer ikke fram i arbeidet hvor lang periode dette gjaldt), og det var en opplevelse av at ansvaret til medisinsk faglig rådgiver ikke var tydelig nok definert. Rolleforståelsene i hierarkiet fra klinikkdirektør, avdelingssjef og medisinsk faglig rådgiver kan ha vært uklart.

Sykehuset i Flekkefjord har et lite opptaksområde, noe som har resultert i få ortopeder. Man erfarer at dette gir et for lite fagmiljø hvor operatør oftere opererer alene, og flere opplevde en kultur hvor overlegene styrte seg selv. Dette kan ha ført til at man har mindre intern kontroll og dermed at man ikke naturlig justerer hverandre. Det har vært rekrutteringsproblemer og mye bruk av vikarer, noe som har gitt for lite kontinuitet over tid. Årsaker til rekrutteringsutfordringer som fremkom va lav lønn, det totale arbeidsmarkedet, begrenset faglige utfordringer og omdømmeproblematikk. Rekrutteringsutfordringer kan gjøre at man ansetter personer man ikke ville ha ansatt ved bedre rekruttering.

Et annet perspektiv var ikke tilstrekkelig kompetanseutvikling, dette kan igjen kan ha gitt mangelfull veiledning og oppfyllelse av kompetansekrav. Svakheter i kompetanseutviklingen blir satt i sammenheng med lite kontakt med nasjonalt fagmiljø og ikke/lite tilstedeværelse på kurs og nasjonale møtepunkt. Deltakerne i arbeidet beskrev at det var vanskelig å ta ut kirurger til å gjennomføre kompetanseutvikling, fordi man da ikke hadde andre ansatte å sette inn for å gjennomføre driften. Noen mener at utvidelsen av fagmiljøet ved SSF ikke var tilstrekkelig prioritert av foretaksledelsen. Det problematiseres om kompetanseutvikling kan ha blitt svekket mot kravet om produktivitet og tilstedeværelse i drift.

Ledelse

Hovedpunkter	Eksempler
Manglende kontinuitet i ledelsen	• Hyppig utskiftning av faglige og administrative ledere. • Krevende stilling med mye krysspress
Manglende psykologisk trygghet	• Krevende samarbeid og lite respekt for hverandre på tvers av lokalisasjoner • Konkurranse mellom lokalisasjoner • Manglende ivaretagelse og støtte av melder
Ikke tilstrekkelig handlekraft i ledelsen	• Variasjon i oppfølging av bekymringsmeldinger • Tiltak ble iverksatt, men fungerte ikke • Ikke tilstrekkelig lederstøtte på foretaksnivå
Manglende lederstøtte og kompetanse på oppfølging av krevende adferd hos ansatte	• Ansatte ansvarlige for å se sine egne begrensninger • Rammer ble satt, men ikke fulgt

Det har vært en manglende stabilitet i lederfunksjoner i Flekkefjord, både når det gjelder faglige og administrative ledere. Dette kan ha bidratt til at det har vært vanskelig å beholde oversikt og ha med seg historien fra tidligere bekymringsmeldinger og meldinger om uønskede hendelser¹, noe som kan ha gjort det krevende å fange opp systematisk svikt.

I analysearbeidet ble det pekt på manglende handlekraft fra ledelse da det ble meldt bekymringsmeldinger/uønskede hendelser, mens andre på sin side opplevde at det ble satt i gang flere tiltak men at tiltakene ikke fungerte, eller at man ikke fikk tilstrekkelig lederstøtte for å kunne gjennomføre foreslåtte tiltak. Her kom det fram at dette kunne gjelde på flere nivå, og ble forsterket

¹ Hensyn til personvern og GDPR gjør at man ikke har anledning til å ha egne lister over uønskede hendelser, pasientskadeerstatningssaker (NPE) eller tilsynssaker

av økonomiske betingelse og opplevd lite kultur for samarbeid. Det kom fram at det var et opplevd krevende samarbeid mellom Flekkefjord og Kristiansand preget av lite respekt, silotenkning og konkurranse, partene var også negative til pasientsikkerhetsutvalg på tvers.

Det stilles spørsmål om lederne hadde riktig kompetanse til å oppdage problemet og om de var nær nok problemstillingen til å kunne iverksette riktige tiltak. Det ble stilt spørsmål om problemstillingen ville vært håndtert annerledes og oppdaget tidligere hvis man hadde hatt en leder som var lege og spesialist for fagområdet. Videre ble manglende lederstøtte og kompetanse til oppfølging av medarbeidere med denne type utfordringer, identifisert som årsaker. Det framkommer at det ble satt opp rammer og ulike tiltak, men at disse ikke ble fulgt opp.

Det kom videre fram at årsaker som ble satt i sammenheng med lite fagmiljø og manglende kontinuitet i ledelsen i Flekkefjord også var aktuelle når legen ble en del av fagmiljøet i Kristiansand.

Håndtering av uønskede hendelser

Hovedpunkter	Eksempler
Manglende meldt uønsket hendelse	• Frykt for nedleggelse av SSF • Vanskelig å melde avvik på LIS som tidligere var overlege
Ufullstendig håndtering av uønsket hendelse	• Så ikke helhetlig sammenheng med tidligere meldte avvik • Ville ikke hverandre vel (på tvers av lokalisasjon)
Ikke tilstrekkelig kjennskap til system og strukturer for kvalitetsstyring	• Manglende oppfølging av varsler • Ikke tilstrekkelig kompetanse i lokalt KPU
Redusert psykologisk trygghet	• Dannet seg grupperinger

Det framkommer flere mulige årsaker til at uønskede hendelser ikke ble meldt, herunder mener noen at man ikke ønsket at feil skulle bli synlige og hvilken betydning det kunne ha for sykehuset i Flekkefjord, at ansatte ikke ønsker å lage problemer for sine kollegaer og at meldinger kunne bli offentlige. I tillegg beskrives en redsel for å melde fra med frykt i kollegiet og dannelse av grupperinger blant ansatte.

Årsaker til at det var ufullstendig håndtering av uønskede hendelser kan være at man ikke så sammenhengen med tidligere avvik og at komplikasjoner ved operasjoner ble behandlet i Kristiansand, og at det ikke ble gitt tilbakemelding til Flekkefjord.

I arbeidet kom det fram at manglende kunnskap om system og strukturer for kvalitetsstyring kunne være en av årsakene, dette forklares med mangelfulle rutiner, mangler i oppfølging av melder og at det var for svak kultur for helhet og tillit mellom Flekkefjord og Kristiansand. Man erfarte også at kvalitetsutvalget lokalt hadde mangler i kompetanse.

Organisering

Hovedpunkter	Eksempler
Overgang til stedlig ledelse – manglende strukturer som kompenserer for ulemper	• Hadde ikke felles fagråd • Dårligere veiledning når erfarne legeledere sluttet • Ikke tydelig funksjonsfordeling

Svakheter i kjennskap og kunnskap om systemer for kvalitetsstyring	Komplisert å følge opp kvalitetsutfordringer hos vikar
--	--

Det var gjort en endring i organisering fra tverrgående klinikker til stedlig ledelse og det manglet en klar funksjonsfordeling. Ny organisering gjorde at man ble mer isolert i Flekkefjord og man opplevde ikke lenger å ha et fagmiljø rundt som ga tilbakemelding. Det var ikke etablert felles fagråd og Uønskede hendelser ble vurdert i lokalt kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).

Manglende fagkompetanse på det aktuelle området hos ledere i kombinasjon med at det kan ha blitt dårligere veiledning når erfarne legeledere sluttet ble identifisert som mulige årsaker. I tillegg var det noen steder svakheter i kjennskap og kunnskap om system på kvalitetsstyring, noe som gjorde det komplisert å følge opp kvalitetsutfordringer.

Politisk perspektiv

Hovedpunkter	Eksempler
Fokus på å bevare Sørlandet Sykehus Flekkefjord	- Distriktpolitikk - Stort press på produksjon for å opprettholde funksjoner ved SSF (etter 2016)
24/7 (Ø-hjelp) i for mange fag	Forsøkt å opprettholde for stor faglig bredde
Uenighet om å fortsette med Kirurgi v/SSF	- Ikke kultur for samarbeid mellom avdeling og lokalisasjoner - Kamp for å overleve/ Lojalitet til egen arbeidsplass

Vedtaket i foretakets styre fra februar 2017 om å legge ned akuttkirurgi i Flekkefjord ble stoppet politisk og enkelte peker på at man da ikke fulgte anbefalingene fra Nasjonal Helse- og Sykehusplan om størrelsen på opptaksområde. Det vurderes av enkelte som manglende lojalitet fra foretaksledelse til å etterleve den politiske beslutningen, og iverksette tilhørende nødvendige grep for å styrke Sykehuset i Flekkefjord. Prosessen kan ha hatt negativ effekt på eierskap til å lykkes med akuttkirurgi eller ønske om en positiv utvikling for sykehuset i Flekkefjord. Man erfarte at det var en uro rundt offisielle beslutninger og at det asymmetriske forholdet mellom Kristiansand og Flekkefjord ble forsterket, i kombinasjon med at det ikke var kultur for samarbeid mellom avdelinger og lokalisasjoner. På den annen side kan fokuset på å bevare sykehuset i Flekkefjord ha bidratt til større vekt på produktivitet enn kvalitet. Dette kan også ha blitt forsterket av at ledelsen og rapporteringsformen la mer vekt på administrative forhold enn kvalitet og fag.

Legespesialisering

Hovedpunkter	Eksempler
Ansettes på svakt grunnlag	- Ikke tilstrekkelig kompetanse-kartlegging ved ansettelse - Ikke tilstrekkelig kompetanse-vurdering ved ansettelse
Ikke-ortoped utførte ortopediske operasjoner	- Gradvis overgang fra allmennkirurgi til spesialisert kirurgi - Uklare regler for spesialisering
Krevende å fange opp spesialister som svakheter i kompetanse	Mangler oversikt over kompetanse hos spesialister som søker vikariat

	Ikke mulighet/kompetanse/verktøy for å fange opp svakheter i kompetanse
--	---

Det var en gradvis overgang fra generellkirurger til spesialisert kirurgi fra 2008 - 2015. Man erfarte at det i en periode var uklare regler for generell kirurgi og utdanning fra utlandet. Dette medførte at en generell kirurg kunne gjennomføre ikke ortopediske operasjoner. Det ble videre nevnt at det var krevende å fange opp spesialister med svakheter i kompetanse, dette forklares med at det var vanskelig ta dette opp med en spesialist, at man ikke hadde gode verktøy og at man ikke har god nok oversikt over kompetansen til spesialister som søker vikariat.

Et annet spørsmål som kom fram var om det var ansatt på for svakt grunnlag. Årsaker til dette kan ha vært mangler ved kompetansekartlegging og – vurdering, samt økonomisk press på å produsere for å bevare sykehuset i Flekkefjord.

Rammer for LIS oppfølging

Hovedpunkter	Eksempler
Ikke gode nok rammer for oppfølging under opplæring	- Manglende konferering med bakvakt - Ikke gjennomgang av operasjoner neste dag i fellesskap
Vanskelig å sette kriterier for hva som er nødvendig oppfølging og veiledning	Uenighet om hva som er nødvendig faglig oppfølging mellom den ansatte og ledelsen
Ikke tilstrekkelig dokumentasjon	- Ikke tilstrekkelig kjennskap og bruk av kompetanseportalen - Ikke tilstrekkelig dokumentasjon og kommunikasjon ved overgang fra Flekkefjord til Kristiansand

Flere deltakere hadde erfart at det ikke var satt gode nok rammer for oppfølgingen under opplæringsperioden, eksempler på dette kunne være at LIS legen opererte alene for tidlig, manglende konferering med bakvakt og at operasjoner ikke ble gjennomgått i fellesskap neste dag. En annen årsak til at det ikke var gode nok rammer kan ha vært at det var vanskelig å sette kriterier for hva som er nødvendig oppfølging og veiledning. Man mente også det var en uenighet mellom den ansatte og ledelse om hva som var nødvendig faglig oppfølging. I tillegg opplevde enkelte at det var noe mangelfull dokumentasjon i LIS- oppfølging og at man ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til kompetanseportalen². Noen opplevde at dokumentasjon omkring kommunikasjon ved oppstart i ny stilling i Kristiansand ikke var tilstrekkelig for videre oppfølging i Kristiansand.

² Kompetanseportalen var under utrulling på dette tidspunktet

Oppgaven

Hvis vi hadde fjernet alle rotårsakene, hvordan ville dette sett ut?

Gi en beskrivelse av en optimal situasjon hvor dagens problemstilling ikke hadde en plass – lov å fri seg fra dagens begrensninger.

Kultur:

I en ønskesituasjon er det en kultur som svarer «vi skal hjelpe deg» når en kollega ber om hjelp eller støtte. Det er ønskelig at en har full tillit til hverandre, og at organisasjonen bærer preg av psykologisk trygghet. Psykologisk trygghet innebærer at det er lett å si ifra, at det ikke finnes motstand mot å melde uønsket hendelser, at det er høy grad av tillitt på tvers, og en rettferdig organisasjon. I en ønskesituasjon er det etablert sykehus i nettverk – nettverk i sykehus, som bidrar til den overnevnte kulturen. Flere ønsket at Helse Vest ble sterkere involvert i utviklingen av robuste tjenester ved sykehuset i Flekkefjord.

Organisering

I en ønskesituasjon er det mulig å diskutere en omlegging av drift innad i fagområdene. Dette for å forhindre små og fragmenterte fagmiljøer, og heller vektlegge en organisering som bærer preg av gode, robuste klinikker. En ønskesituasjon medfører også at det er mulig å diskutere en styrking av Sykehuset i Flekkefjord. Organiseringen av klinikkene er basert på avklaringer om hva hver klinikk skal gjøre. Klinikken hjelper hverandre til å gjennomføre dette, og bærer preg av at en samarbeider om pasientvolumet.

For flere er en ønskesituasjon å reversere stedlig klinikkstruktur med tverrgående klinikker, og dels avdelinger. Dette vil kunne sikre et mer riktig lederspenn, og bidra til kultur for helhet. For enkelte er en ønskesituasjon å samle all ø-hjelpskirurgi i Kristiansand, og heller utvikle en utvidet skadepoliklinikk som tar hånd om det vanligste som ikke trenger ø-hjelpskirurgi i modell av storbylegevakt. Det fremkom også forslag om å spisse oppgavefordelingen på elektiv kirurgi slik at vi skaper fagmiljø på alle tre sykehus med kvalitet på sine områder innen elektiv kirurgi.

Ansettelse

I rekrutteringsprosessen er det viktig å sikre god oversikt på kompetansen til de aktuelle søkerne. I tillegg til den faglige kompetansen er det vesentlig å utforske kandidatens samarbeidsevner. For alle nye medarbeidere må man benytte prøvetiden til å følge opp vedkommende. Ved ansettelse av nye overleger er det ønskelig at det benyttes samjobbing i alle fag i den første perioden.

Ledelse og lederstøtte

I en ønskesituasjon vil man ha tydelig og tilgjengelig lederstøtte for oppfølging av uønsket adferd eller brudd på verdigrunnlaget hos enkeltansatte. Videre eksisterer det et system og en struktur som lett kan tilpasses ulike situasjoner og personer, og som oppdager uønsket atferd tidlig. Det er ønskelig at kvalitetssystemet benyttes i større utstrekning og at det finnes oversikt over NPE-saker på individnivå tilgjengelig for ledere³.

I en ønskesituasjon er de nødvendige støttefunksjoner etablert og tilgjengelig for ledere, og fagansvarlige har riktig kompetanse. Det er gode stabile ledere, og et system der det er tryggere og lettere å være leder. Det er ønskelig med ledere som har god kompetanse på samarbeid, den

³ Dette lar seg ikke gjøre i dagens lov og forskrift, jamfør fotnote 1

vanskelige samtalen og relasjonell ledelse. Lederne tar ansvar for kvalitet og setter grenser for medarbeidere.

Annet

Det skal være lik kvalitet på alle tre sykehus, og et positivt omdømme eksternt og internt.
Ønskelig å ha godt system med oversikt over all aktivitet, operasjoner, resultater som brukes aktivt innen hver avdeling/foretaket på tvers.

Forslag til tiltak

Oppgaven

Hvilke konkrete tiltak kan gjøres for å oppnå ønsket situasjon?

Ideer til tiltak som kom opp underveis ble notert ned fortløpende av fasilitator på hver gruppe.

Organisering og ledelse

Tverrgående klinikker kan gi et felles ansvar i foretaket for både kvalitet og aktivitet. Dette kan gi større fagmiljø for ortopedi og kirurgi, og redusere spennvidde som faller innunder kir.avd SSF. Dette kan også gi ledere et bedre nettverk i samme fagmiljø.

Rollen medisinsk faglig rådgiver bør videreutvikles. Det bør også sikres medisinsk faglig kompetanse i lederlinjen. Enten at ledere selv har medisinfaglig kompetanse, eller god tilgang på medisinfaglig lederstøtte.

Bedre støttefunksjoner som sikrer nødvendige støttefunksjoner til ledere for bedre å kunne håndtere konflikter og uønsket adferd hos ansatte.

Ny oppgavefordeling mellom de tre sykehusene kan gjøre det mer faglig attraktivt å søke seg til alle tre sykehus samt forbedre rekruttering.

Elektiv kirurgi med spissede oppgaver kan gi økt fokus på nisjeområder, og vil gjøre sykehusene mer bærekraftig.

Evaluerings og oppfølging av ledere gjennom å stille krav til utvikling vil kunne sikre at ledere har tilstrekkelig lederstøtte og kompetanse.

Fagutvikling og utdanning

Økt fokus på kurs og etterutdanninger kan forbedre kvaliteten ved alle sykehusene. Ytterligere strukturert bruk av overlegepermisjon for å sikre at foretakets kompetansebehov ivaretas.

Tettere oppfølging av LIS- legene på vakt kan sikre at det blir gitt tilstrekkelig og nødvendig veiledning.

Vurdere krav til prosentandel sam-operasjoner (LIS + Overlege) kan gi økt kvalitet, bedre kompetansespredning, og økt DRG-poeng per operasjon.

Økt hospitering på tvers kan gi heve kompetansen i foretaket som helhet og bidra til et felles ansvar på tvers av lokalisasjonene.

Felles KPU vil gi alle leder på alle lokalisasjonene tilgang til det samme kvalitetssystemet. Dette kan medføre bedre oppfølging dersom ansatte flyttes mellom lokalisasjoner.

Ansettelse

Introduksjon om utsjekk av alle nyansatte kirurger og andre faggrupper for å sikre at nyansatte også fungerer godt i samarbeid med andre medarbeidere. Gjennom å bruke prøvetiden aktivt kan ledere tettere følge opp nyansatte.

Digitalisering av kompetansekrav/kompetanseplaner kan sikre at alle medarbeidere har personlig kompetanseutviklingsplan og at denne revideres jevnlig.

Evaluering

Oppgaven

- Hvordan syns dere dette fungerte?
- Ta en runde rundt bordet. Noter stikkord.

Noen var uenige i utgangsspørsmålet som hadde blitt jobbet frem, og opplevde at spørsmålet var for ladet. Det ble således behov for å tydeliggjøre hvordan en skulle løse oppgaven ut fra dette. Et ønske fra noen var at en skulle hatt en bredere gjennomgang av spørsmålet før dagens prosess.

Mange ga tiltabekemelding om at de opplevde gjennomgangen som positiv da det gav en anledning til å snakke høyt om et svært vanskelig tema. For flere gav det en debrief-effekt å snakke med andre om temaet, og det ble en mulighet for å diskutere dette på en respektfull måte.

Alle inviterte kom. Gruppesammensetningen gav anledning til å snakke med andre som hadde et lignende forhold til saken. Mange har kjent seg alene i denne saken, og det var flere som opplevde gjennomføringen som viktig for dem. Noen informerte om at de savnet enkelte tidligere ansvarlige ledere som ikke var tilstede slik som tidligere administrerende direktør, fagansvarlig ortopedi, ansvarlig for rekruttering og klinikksjefer. Det ble gjort et valg på invitasjonstidspunktet om at kliniske ledere før 2016 ikke ble invitert.

Det ble påpekt at noen ville hatt godt av å delta i prosessen for sin egen del, mens andre ville kunne tilført ytterligere nyanser i årsaksanalysen. Enkelte savnet å høre mer fra de som var ledere da legen jobbet i Flekkefjord og Kristiansand.

En felles gjennomgang gir et bedre grunnlag for en felles forståelse. Det ble unngått en sydebukk-diskusjon, men heller fokusert på å finne svar på spørsmålet. Enkelte påpekte at dette ikke ville vært mulig for 4 år siden, og at dagens prosess vil gjøre saken lettere å håndtere videre.