

Vår dato
13-05-2021
Deres dato
13.05.21

Vår referanse
20/02994 ekr
Deres referanse
SHT 2020/561

Statsforvalteren i Agder

Tilsynssak ortopedi – redegjørelse fra Sørlandet sykehus

Det vises til avgjørelse fra Statens helsetilsyn datert 13. januar 2021. Sørlandet sykehus oversender med dette svar på videre tilsynsmessig oppfølging, som etter avtale oversendes til Statsforvalteren i Agder.

Som Statens helsetilsyn og Statsforvalteren er kjent med har konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomført revisjon på uønskede hendelser relatert til dette tilsynet. Administrerende direktør la fram oppfølgingsplan etter konsernrevisjonen for styret, som vedtok denne i oktober 2020 (vedlegg 1). Sykehusledelsen gjennomfører et omfattende forbedringsarbeid, og følger opp både konsernrevisjonens anbefalinger og konklusjonene i tilsynssaken. Administrerende direktør og linjeledelsen i de to berørte klinikkene følger forbedringsarbeidet tett, og det rapporteres jevnlig til styre og eier om status og fremdrift, sist i februarmøtet 2021 (vedlegg 2), og neste gang i styrets junimøte (ettersendes). Til statsforvalterens orientering svares oppfølgingsplanen ut for alle fagområder i foretaket for de av anbefalingene som er generelle og ikke spesifikke for fagområdene knyttet til revisjonen.

Det gjøres oppmerksom på at SSHF mottok rapport fra konsernrevisjonen i september 2020, og den omfattende oppfølgingsplanen fra Konsernrevisjonen ble vedtatt av styret først i oktober 2020. I oppfølgingsplanen fremkommer gjennomførte og planlagte tiltak. Flere av tiltakene er dermed innført i siste halvdel av 2020. Funnene i Konsernrevisjon 6/20 og Statens helsetilsyns rapport er overlappende. Oppfølgingsplanen etter konsernrevisjonen ivaretar i stor grad oppfølging av funn etter Statens helsetilsyns rapport.

Det gis følgende tilbakemelding på de konkrete forespørslene fra Statens Helsetilsyn:

Spørsmål 1

Bekreftelse på at nye rutiner for ansettelse av kirurger ved SSF er utarbeidet og implementert

Det vises til vedlegg 3, med redegjørelse fra klinikkdirektør i Klinikk for somatikk Flekkefjord (SSF). Klinikken følger reviderte rutiner slik de er beskrevet i ansettelsesrutine for SSHF (vedlegg 4). Rutinen, som ble revidert høsten 2020 og godkjent 25.01.21, ivaretar de kravene som tilsynet peker på om vurdering, dokumentering og referanseinnhenting. Som del av oppfølgingsplanen etter konsernrevisjonen er rutinene for dokumentasjon av referanser endret, og det er presisert at

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Administrerende direktør
Postboks 416 Lundsiden
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 44 00

Bankkonto
8601.72.47435

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 906 10 600

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

referanseinnhenting skal dokumenteres. Denne endringen er implementert ved at det er sendt ut informasjon til alle ledere med personalansvar. Endringen er også gjennomgått i administrerende direktørs felles ledelsesmøte med klinikkdirektører, avdelingssjefer og enhetsledere i februar 2021.

Foretakets rekrutteringsverktøy Webcruiter gir nå tilgang til arbeidsgiverstyrte intervju- og referansemaler. Det ferdigstilles nå nye kompetansemål og kompetanseplan for leger som har tatt sin spesialistutdanning utenfor Norge, for å forberede disse på å jobbe i det norske helsevesenet. Kompetansemålene vil blant annet omfatte innføring i norsk arbeidsliv, introduksjon til SSHF, innføring i medisinske prosedyrer, utøving av legeyrket i Norge og innføring i beslutningsprosesser.

Spørsmål 2

Helseforetakets vurdering etter gjennomgang av de ti siste ansettelsene av overleger ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF og de ti siste ansettelsene av overleger ved ortopedisk avdeling i løpet av 2020

Sørlandet sykehus HF er et relativt lite foretak, med få nyansettelser pr. år pr. avdeling. Det er ikke rekruttert 10 overleger ved de to avdelingene i 2020. Etter konferering med Statsforvalteren er det gjort en gjennomgang av de 10 siste ansettelsene ved Avdeling for kirurgisk fag SSF (4 fast ansatte overleger og 6 vikarer fra vikarbyrå), og ansettelsen av de 3 siste overlegene ved Ortopedisk avdeling SSK.

For alle ansettelsene ved begge klinikker bekreftes følgende:

- HPR nr. sjekket i legestillingsregisteret
- Sjekket at turnus er godkjent
- Sjekket at lege har autorisasjon
- Sjekket at lege har godkjent spesialitet
- Innhentet referanser, sjekket kvalifikasjoner og personlig egnethet

For rekrutteringer ved SSF vises til vedlegg 3. Det er gjort en gjennomgang av dokumentasjonen av faglige kvalifikasjoner, attester og referansesjekk og en vurdering av prosessen og dokumentasjonen. Det er også gjennomført møter med de ansvarlige for ansettelsene, og deres vurderinger ved ansettelsene er referatført og dokumentert. Det er tett samarbeid mellom avdelingssjef og seksjonsoverlege/fagansvarlig lege for den aktuelle spesialitet som deltar i tilsettingsprosessen, både når det gjelder vurdering av kompetanse, referanseinnhenting og egnethet:

- Overlege anesthesi, september 2018
- Overlege gynekologi, mai 2019, ansatt som lege i spesialisering (utdanningsstilling) i 2019 som LIS 3.
- Overlege ortopedi januar 2020
- Overlege gynekolog juni 2020
- I tillegg er ansettelsene til 6 vikarer fra vikarbyrå gjennomgått. Flere av vikarene anses som kjente ved SSF og har vært benyttet de siste 4 årene.
 - Vikar 1. Overlege generell kirurg. Første gang september 2015.
 - Vikar 2. Overlege gynekolog, ansatt ved SSA (intern, ikke fra byrå)
 - Vikar 3. Overlege anestesilege, første gang september 2014

- Vikar 4. Overlege anestesilege, første gang mars 2016
- Vikar 5. Overlege gynekolog, første gang april 2011
- Vikar 6. Overlege generellkirurg, første gang oktober 2015

Ansettelsene er gjennomført i henhold til de rutinene som gjaldt for ansettelse av overleger og vikarer på ansettelsestidspunktet. For ansettelser av vikarer fra byrå har SSF utarbeidet en tilleggsrutine for å sikre dokumentasjon av vurderingene som blir gjort med hensyn til kompetanse og kvalifikasjoner.

Ortopedisk avdeling SSK har gjennomgått ansettelsesprosessen for de tre siste overlegene ved avdelingen:

- Overlege 1, ansatt i 2018
- Overlege 2, ansatt som lege i spesialisering (utdanningsstilling) i 2010, fast ansatt som lege i spesialisering i 2017, div. konstitueringer som overlege fom 2019 – dd
- Overlege 3, ansatt som lege i spesialisering (utdanningsstilling) i 2010, fast ansatt som lege i spesialisering i 2017, ansatt som overlege i midlertidig stilling fom 2019-dd

Kandidatene er vurdert i henhold til utlysningstekst, kompetanse, faglige kvalifikasjoner og personlig egnethet. For lege 2 og 3 gjelder i tillegg kjennskap til kandidaten over lang tid, og for lege 1 kjennskap med søker foregående 6 måneder i midlertidig tilsetting.

Referanser er innhentet og det fremkommer i gjennomgangen hvem som har gitt referansene. Innholdet i referanseinnhentingen ble imidlertid ikke skriftlig dokumentert i rekrutteringsprosessen, noe som ikke var et krav i foretakets retningslinjer ved ansettelsestidspunkt. Dagjeldende rutiner er fulgt. Som redegjort for i spørsmål 1 er rutinene for dokumentasjon av referanser endret og nye rutiner er implementert.

Spørsmål 3

Redegjørelse for hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene i SSHF

SSHF avgrenser redegjørelsen til å i hovedsak omfatte det faglige samarbeidet SSF har med de øvrige klinikkene i foretaket. Det vises til vedlegg 5 med en tabellarisk fremstilling av viktige fora for faglig samarbeid, læring og forbedring. Det vises til punkt fem i oppfølgingsplan etter konsernrevisjonen for ytterligere tiltak. Arbeidet med kultur for helhet og samarbeid er dels gjennomførte tiltak, men det er også et langsiktig arbeid som er lagt inn i [ny strategi](#), vedtatt av foretakets styre i mars 2021. Se blant annet målene i punktene 1.2, 2.1, 2.3. Det jobbes med delplan for pasientsikkerhet og kvalitet, som operasjonaliserer og tidfester arbeidet som skal underbygge måloppnåelse.

Et fireårig virksomhetsprogram - Kvalitet og modernisering for et bærekraftig sykehus (KOM) - ble etablert i 2019. KOM er et overordnet redskap for helhetlig videreutvikling av foretaket. KOM har til enhver tid en større portefølje av utviklingsprosjekter, utvikler verktøy for kontinuerlig forbedringsarbeid på tvers av klinikker, og bidrar til å redusere uønsket variasjon.

Innføring av ny LIS utdanning fra 2019 har virket positivt på det faglige samarbeidet på tvers i organisasjonen i forbindelse med dannelse av tverrgående grupper innenfor enhver spesialitet.

Videre innfører foretaket kompetanseplaner for alle faggrupper, noe som innebærer tett samarbeid på tvers av foretaket.

Det er innført felles undervisning i flere fagområder for leger på tvers av foretaket. Det er viktig å understreke at det faglige samarbeidet om enkeltpasienter er godt, med lav terskel for direkte konferering på tvers av klinikker og lokasjoner. Faglige samarbeidsfora understøtter dette direkte daglige samarbeidet.

Det trekkes spesielt fram følgende tiltak som er implementert/under implementering:

- Ambulering av ortopeder fra SSK til SSF – gjennomført fra 2019. Dette har medført forbedret samarbeid mellom SSK ortopeder og SSF anestesileger og operasjonssykepleiere. Det gjenstår arbeid med å få til team av ortopeder fra SSK og SSF som opererer sammen.
- Avtale om rotasjon for operasjonssykepleiere fra SSA/SSK til SSF ble inngått mellom SSHF og NSF 30.4.2021 og har planlagt oppstart september/oktober 2021.
- I 2019 begynte prosess med reetablering av fagrådene. Fagråd er etablert/retablert innenfor alle medisinske fagområder som har virksomhet ved to eller flere klinikker i SSHF. Det er utarbeidet et nytt generelt mandat for fagrådene og spesifikke mandat for det enkelte fagråd. Fagrådene er rådgivende organ til linjeledelsen. Det arrangeres møter mellom ledere av fagrådene og foretaksledelsen for faglig dialog på tvers av klinikker. Gjennomgående hovedoppgaver for alle fagråd er:
 - Gjennomgå og vurdere kvalitet og pasientsikkerhet innen eget fagområde, analysere data og vurdere behov for forbedringstiltak. Gjennomgangen skal baseres på aktuelle nasjonale kvalitetsregistre, helseatlas og andre aktuelle kilder.
 - Understøtte iverksetting av vedtatte forbedringstiltak
 - Gjennomgå prosedyrer og retningslinjer for virksomheten, og identifisere behov for oppdatering, samordning og sanering. Høringsinstans for nye prosedyrer.
 - Gjennomgå uønskede pasienthendelser i fagområdet og initiere læring og forbedring på grunnlag av disse
- Innføring av strukturert hospitering for overleger og program for legespesialister fra utlandet er under utarbeiding. Dette tiltaket vurderes som et viktig rekrutteringstiltak for å kunne rekruttere og beholde dyktige medarbeidere til SSF.
 - Det er utarbeidet et utkast til 6 måneders program for nyansatte legespesialister som har tatt sin spesialisering i utland. Programmet legges frem for vedtak i juni 2021. Det er en kombinasjon av strukturert opplæring i SSHF og egen klinikk samt hospitering i to perioder i andre klinikker. Dette implementeres ved neste tilsetting av legespesialist som har tatt sin spesialistutdanning i utlandet. Det skal understøtte kompetanseutvikling og erfaringsutveksling samt bidra til å etablere et nettverk slik at de blir en del av fagmiljøet i SSHF gjennom hospiteringen.
 - Det er utarbeidet et forslag til en strukturert hospiteringsordning mellom klinikkene for legespesialister. Dette skal bidra til vedlikehold og utvikling av kompetanse hos medarbeiderne samt etablere et nettverk og styrke det faglige samarbeidet mellom klinikkene.

Spørsmål 4

Redegjørelse for hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å bedre meldekulturen i helseforetaket

SSHF jobber strukturert med meldekultur. Data fra den tidligere nasjonale meldeordningen (nedlagt i mai 2019), viser at SSHF - nest etter OUS - har høy meldefrekvens:

	Antall	%
Oslo universitetssykehus HF	1720	17,8
Sørlandet sykehus HF	1140	11,8
Vestre Viken HF	899	9,3
Sykehuset i Vestfold HF	575	5,9
Sykehuset Innlandet HF	453	4,7
Sykehuset Telemark HF	341	3,5
Lovisenberg Diakonale Sykehus	334	3,5
Diakonhjemmet sykehuset	299	3,1
Sykehuset Østfold HF	275	2,8
Akershus universitetssykehus	258	2,7
Martina Hansens Hospital	28	0,3
Feiringklinikken	15	0,2
Glittreklinikken	10	0,1
Sunnaas sykehus HF	25	0,2

Antall meldte pasienthendelser 2017, tidligere nasjonal meldeordning

Følgende oversikt over meldte hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a viser også at SSHF ikke skiller seg ut ved lav meldefrekvens:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (8)	Totalt
Helse Sør-Øst	40	61	136	243	242	272	352	347	364	229	2286
Akershus universitetssykehus HF	2	3	25	28	21	24	23	19	22	17	184
Annet									1		1
Diakonhjemmet sykehus AS			2	5	4	9	7	11	21	9	68
Ideell eller kommersiell virksomhet	3	5	3	13	7	5	19	15	15	10	95
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	4	1	1	2	8	6	17	16	12	15	82
Oslo universitetssykehus HF	7	15	33	56	55	57	82	90	83	51	529
Privatpraktiserende spesialist			1			2	1	1	2	2	9
Sunnaas sykehus HF			1	1					1		3
Sykehuset i Vestfold HF		2	9	13	22	20	33	30	32	19	180
Sykehuset Innlandet HF	2	6	7	20	21	29	33	42	47	18	225
Sykehuset Telemark HF	6	3	9	11	9	18	25	18	22	12	133
Sykehuset Østfold HF	5	6	14	12	12	14	10	8	15	11	107
Sørlandet sykehus HF		9	16	36	27	27	46	55	43	32	291
Vestre Viken HF	11	11	15	46	56	61	56	42	48	33	379

Meldekultur kan imidlertid variere fra avdeling til avdeling internt i foretaket. Det er et lederansvar å etablere, vedlikeholde og styrke en god meldekultur. Dette krever bevisst holdning og innsats over tid, slik at medarbeiderne opplever det som nyttig, trygt og ønskelig å melde. Avgjørende her er at medarbeiderne erfarer at melding av uønskede pasienthendelser faktisk fører til endring i rutiner og praksis i egen virksomhet. For at dette skal skje må leder følge opp den enkelte melding og bidra til læring og forbedring på bakgrunn av hendelsen. Det vil over tid ikke være mulig å opprettholde høy meldefrekvens hvis leder ikke påser dette.

I oktober 2019 skiftet SSHF meldesystem fra TQM til «Kvalitetsportalen», levert fra Datakvalitet AS. I løpet av de første 12 mnd. med bruk av Kvalitetsportalen økte antall meldte hendelser registrert som pasienthendelser fra ca. 1000 meldinger, til nærmere 4000 meldinger. Samlet antall meldte hendelser var nokså lik (en liten økning), noe som viser at man i TQM mistet kunnskap om

uønskede pasienthendelser som ble meldt som «Andre hendelser». Disse meldingene ble håndtert av nærmeste leder, uten gjennomgang i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg osv. Den store økningen i hendelser meldt som pasienthendelser gir oss nye muligheter til å overvåke trender og mønstre, og tidligere kunne fange opp gjennomgående kvalitetsavvik.

Tilsvarende har det nye meldesystemet bedret mulighetene for å avdekke sammenhenger mellom hendelser som er meldt som HMS-hendelse (helse, miljø- og sikkerhet) og hendelser meldt som pasienthendelse. Det kan være en gjensidig påvirkning mellom dårlig psykososialt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i en avdeling – begge veier. I aktuell sak var det hendelser som var meldt i de ulike ordningene som ikke i tilstrekkelig grad og/eller fort nok ble sett i sammenheng.

Meldesystemet er nå bedre og gir lederne økt systemstøtte, men det er fremdeles avgjørende at den enkelte leder følger opp hendelsene som meldes, og også fanger opp gjentatte hendelser. Dette vanskeliggjøres ved manglende kontinuitet i ledelse, og krever i slike situasjoner ekstra oppfølging fra overordnet leder.

Etter at ny kvalitetssjef og ny fagdirektør tiltrådte hhv november 2019/februar 2020, er det utarbeidet nytt mandat for de klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene (KPU), se vedlegg 6, med blant annet følgende føring:

«Minimum to ganger årlig bør arbeidsutvalget presentere sak til kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget der oppfølging av pasienthendelser er tema. Gjennomgangen bør omfatte:

- antall saker meldt pr. avdeling/enhet (meldefrekvens)
- fordeling av pasienthendelser pr. konsekvens (alvorlighetsgrad)
- oversikt over hendelser i kategorien ingen eller mindre alvorlig potensiell konsekvens
- fordeling pr. type hendelser (f.eks. legemidler, fall, dokumentasjon mm)
- antall saker meldt Statens helsetilsyn (§ 3-3 a)
- oversikt over årsaker
- annet som det er ønskelig å ha spesielt fokus på»

Ny fagdirektør gjennomgår alle meldte alvorlige uønskede hendelser rutinemessig, primært for å få innsikt i kildene til læring disse meldingene gir. Fagdirektør holder administrerende direktør jevnlig oppdatert om disse. Fagdirektør har også månedlig en samlet gjennomgang i foretaksledelsen over antall meldinger/100 innleggelser pr. klinikk, trender og mønstre. Dette har bidratt til økt fokus i foretaksledelsen på betydningen av å bruke meldingene til kontinuerlig læring og forbedring, og har også belyst uønsket intern variasjon i meldefrekvens. Dette er også jevnlig tema på administrerende direktørs felles ledelsesmøter med klinikkdirektører, avdelingssjefer og enhetsledere.

Som ledd i oppfølgingen etter konsernrevisjonen har alle klinikker gjennomført konkrete tiltak for å styrke meldekulturen. Som påpekt over er dette et lederansvar, der behovet for tiltak må identifiseres virksomhetsnært, med utgangspunkt i status i den enkelte klinikk, avdeling og enhet. Følgende oversikt viser noen av tiltakene som er gjort i de ulike klinikkene:

Klinikk for somatikk Arendal (SSA):

- Det er utarbeidet egne rapporter i Kvalitetsportalen for å følge med på antall avviksmeldinger måned for måned (se våre rapporter nr. 520, 521, 522, 523, 555, 557 og 589)

- Meldekultur ble tematisert i klinikk møter 13.01.2021 og 27.01.2021 da 2020-tall viste at SSA lå noe lavere enn SSK og SSF på antall meldte avvik
- Under gjennomgang i avdelingene er det nå lagt tydeligere føringer for hva som er å anse som avvik, her nevnes spesielt ORT og APP
- Meldekultur ble også tatt opp i KPU 21.01.2021 og 17.02.2021, sist i forbindelse med gjennomgang av avviksrapport 22, 377, 213 og 274
- Ledelsens behandling/håndtering av avvik har stor betydning for meldekulturen, og gjennomgang av restanser (ubehandlede avvik) er satt opp som fast tema på klinikkdirektørs månedlige oppfølgingsmøter med avdelingene
- Oversikt over avvik som ikke er ferdigbehandlet er gjennomgått i klinikk møtene og KPU, basert på rapporter utarbeidet i Kvalitetsportalen med nr. 376 og 556.

Klinikk for somatikk Kristiansand (SSK):

- Lettere tilgjengelighet for å melde gjennom hurtigtilgang til meldeskjema på hjemmesiden (gjelder for hele SSHF)
- Gjennomgang av rapporter og statistikker i KPU, også avdelingsvis, for bla. vise antall åpne og lukkede saker – veldig mye bedre oversikter i Kvalitetsportalen enn i TQM
- Saker i KPU tematiseres, for å få mer oversikt og mindre løssrevne enkeltsaker
- Tema i KPU: Fokus på å få ned saksbehandlingstiden av avvikssaker for å øke læringseffekt samt vise at avvikene tas på alvor og brukes aktivt i forbedringsarbeid
- KPU samt avdelingssjefer berømmer meldere spesielt ved avvik som melder selv har vært delaktig i å forårsake
- 3-3a-saker gjennomgås særlig hver måned, og avdelingene er spesielt oppfordret til å melde 3-3a (også ved alvorlige hendelser som anses som påregnelig)

Klinikk for somatikk Flekkefjord (SSF):

- Kirurgisk avdeling:
 - Grønt kors innført på alle enheter, dvs. daglig påminnelse om uønskede hendelser fra forrige døgn i alle morgenmøter
 - Oppmuntring til å melde uønsket hendelse i daglig arbeid, generelt
 - Tas opp som tema på legemøter og enhetsledermøter med jevne mellomrom
 - Tema i arbeidsutvalg til kvalitetsråd
 - Del av opplæring til nyansatte og vikarer
- Medisinsk avdeling:
 - Logge om det har vært noen uheldige hendelser siste døgn. Logges i legenes morgenmøte (daglig).
 - Ledelsen følger opp og sjekker om det faktisk blir skrevet avviksmeldinger dersom det rapporteres om uheldige hendelser
 - Bruker verktøyet «Grønt kors» for å registrere, etter registrere og ha oversikt over uønskede hendelser.
 - Stadig oppfordre medarbeidere til å melde uønskede hendelser
 - Følge opp avviksmeldinger umiddelbart etter at de er meldt
 - Gi snarlig tilbakemelding til melder om videre behandling
 - Gjennomgang av uønskede hendelser i legemøtet/undervisning for felles læring slik at det oppleves som nyttig å melde. Fokus på åpenhet rundt hendelsene.
 - Fokus på systemnivå, ikke enkeltpersoner ved uønskede hendelser

Medisinsk service klinikk (MSK):

- Oversikt over uønskede hendelser presenteres i hvert KPU i MSK. Hvor mange hendelser som er meldt til nå i år, hvilke kategorier, sammenlikner med året før og ser på endringer
- Avdelingssjefene oppfordres til å videreformidle statistikk fra KPU i avdelingsmøter.
- MSK har en fordel med Kvalitetskoordinatorer innen Laboratorievirksomheten (LV) og Radiologi. Rollen oppleves som et bindeledd mellom klinikkledelse og ansatte. Opplever at de er gode til å videreformidle informasjon, nyheter innen kvalitet og statistikk i sine avdelinger.
- Tatt initiativ til opplæring av ansatte med ansvar innen kvalitet og avdelingssjefer i MSK med Fagavdelingen, om hvordan ta ut gode rapporter i Kvalitetsportalen
- Laget flere «standard» rapporter i Kvalitetsportalen som er åpne og ledere oppfordres og veiledes til å bruke
- Lav terskel for å kontakte kvalitetsrådgiver i stab. Videreformidle og følge opp forespørsler fra avdelingene kontinuerlig
- Avdelingssjefer presenterer for KPU en gang i året minst en hendelse fra hver avdeling som har ført til forbedringsarbeid
- Alle avdelinger i MSK har månedlige oppfølgingsmøter med klinikkdirektør. Her gjennomgås trend på uønskede hendelser sist måned for kommentarer og innspill.

Klinikk for prehospitale tjenester (PTSS):

- Revidering av rutiner og prosedyrer vedr melding av uønskede hendelser
- Reetablert klinikkens KPU
- Risikotavler pr ambulansestasjon og AMK
- Uønskede hendelser fast punkt på klinikkledermøtene
- Oppfølging av nærmeste leders ansvar for håndtering av uønskede hendelser, og viktigheten i kvalitet på dette
- Ukentlig møter på tvers av avdeling, for oppfølging av uønskede hendelser
- Økende antall hendelsesanalyser
- Utarbeidelse av læringsnotater, distribuert som film, for å nå ut i en desentralisert struktur
- Avdelingssjefene har ukentlig gjennomgang av vaktrapport og AMIS for second opinion/ identifisere hvilke hendelser som skal registreres
- Avdelingssjefenes oppfølgingsplan, jfr. gjensidig lederavtale
- E – læringskurs; Uønskede hendelser – ansatt SSHF
- E – læringskurs; Uønskede hendelser – ledere SSHF
- Klinikkinnternt lederkurs i to trinn, inkl. simulering
- Innlegg (av fagutvikler) vedr meldekultur på personalmøter
- Presentasjon om meldekultur for lærlinger/nyansatte

Klinikk for psykisk helse og rusavhengighet (KPH):

- det er etablert direkte kontakt for veiledning ved behov fra enhetsledere til ansvarlig i klinikkstab
- det tilbys undervisning ved behov i enhetene/avdelingene
- gjennomgang av statistikk knyttet til meldte hendelser i KPU/klinikkstab for å identifisere avvik ved sikkerhetsmiljøet i avdelingene

Spørsmål 5

Helseforetakets vurdering etter gjennomgang 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

Etter konferering med Statsforvalteren er journalgjennomgangen gjort av erfarne LIS ved egne avdelinger. Mal for gjennomgangen ble utarbeidet av fagdirektøren. Uttrekk av pasientforløp ble gjort av Enhet for virksomhetsdata. Identifikasjon av meldte uønskede hendelser ble utført av Seksjon for Kvalitet og pasientsikkerhet.

Det vises til vedlegg 3 med oppsummering etter journalgjennomgang ved SSF. Det er ikke avdekket store avvik eller feil fra det som defineres som god medisinsk praksis. Det ble identifisert to mulige uønskede hendelser som ikke er meldt. Dette har blitt fulgt opp i etterkant. Det er gjennomført tilsyn ved alle opphold der det er anmodet om tilsyn. Alle pasienter innlagt for operative inngrep har dokumentert operasjonsresultat i journalen. En pasient (av 12) ble innlagt direkte fra kirurgisk poliklinikk som medisinsk pasient med en kirurgisk problemstilling som skulle følges opp av fastlege og ikke av kirurg. Det foreligger derfor ikke en vurdering av det polikliniske inngrepet for denne pasienten.

Det vises til vedlegg 7 med oppsummering etter journalgjennomgangen ved Ortopedisk avdeling SSK. Det er ikke avdekket store avvik eller feil fra det som defineres som god medisinsk praksis. 3 av pasientene ventet lenger enn 1 døgn på operasjon, hvorav 1 pasient ventet lenger enn 48 timer på operasjon etter hoftebrudd. Dette er en kjent utfordring ved SSK, med mangel på tilstrekkelig operasjonskapasitet for ø-hjelp ortopedi. Utfordringen gjenspeiles også i data fra det nasjonale hoftebruddsregisteret. Linjeledelsen jobber med flere ulike forbedringstiltak for å redusere unødig ventetid på operasjon. Samarbeidet med andre avdelinger i forløpene er vurdert som bra. Det ble identifisert 1 uønsket pasienthendelse som var korrekt meldt i den interne kvalitetsportalen og fulgt opp, og 1 uønsket pasienthendelse som ikke var meldt. Denne har blitt fulgt opp i etterkant.

Gjennomgangen avdekket tre uønskede pasienthendelser som ikke var meldt (to ved SSF og en ved SSK). Dette bekrefter at det fortsatt er viktig å jobbe med å styrke meldekulturen og videreføre arbeidet med tiltakene som er beskrevet i spørsmål 5.

Spørsmål 6

Gjennomgang av de 30 siste henvisningene ved SSF der det har vært anmodet om kirurgisk tilsyn på pasienter innlagt på medisinsk avdeling. Ved hvor mange av disse anmodningene har pasientene fått kirurgisk tilsyn, eventuelt hvorfor ikke?

Det vises til vedlegg 8 med gjeldende prosedyre for anmodning om og dokumentasjon av tilsyn. Det vises videre til vedlegg 3 med redegjørelse fra SSF. Som det fremgår av denne redegjørelsen har SSF ikke hatt rutine for å skriftlig anmode om tilsyn. Klinikken implementerer nå rutinene slik de er beskrevet i vedlegg 8.

Det er derfor ikke mulig å gjennomgå anmodninger om tilsyn mot antall gjennomført tilsyn, slik Statens helsetilsyn ber om. Klinikken har imidlertid siden slutten av 2018 hatt en fast rutine med logging på legenes morgenmøter av spørsmål rundt samarbeid og kommunikasjon, inklusive om

det har vært gjennomført tilsyn siste døgn. En gjennomgang av loggene i forbindelse med dette tilsynet har ikke dokumentert utfordringer rundt gjennomføring av tilsyn.

Dersom en avdeling anmoder om tilsyn og dette ikke gjennomføres av ansvarlig avdeling, uten nærmere avklaring med anmodende avdeling, skal dette meldes som en uønsket pasienthendelse og følges opp som sådan. Dette presiseres i klinikken.

Spørsmål 7

Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon med hensyn til samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF?

og

Spørsmål 8

Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon når det gjelder kulturen og praksis for å tilkalle vakthavende kirurg ved SSF?

Disse spørsmålene er til dels overlappende og besvares under ett.

Det vises til vedlegg 3 med redegjørelse fra klinikkdirektøren ved SSF. Som redegjort for i spørsmål 6 loggfører begge avdelingene utfordringer knyttet til samarbeid og kommunikasjon på tvers av avdelingene. Klinikkdirektøren oppsummerer antall meldte utfordringer, innhold i utfordringene og utviklingen over tid. Etter klinikkdirektørens vurdering er det ikke avdekket store utfordringer knyttet til samarbeid mellom avdelingene i SSF. Tematikken er tatt opp i ledelseslinjen og i egne møter med legegruppene og enhetsledere. Som det fremgår av redegjørelsen og vurderingene fra avdelingssjefene er samarbeidet i hovedsak godt. Det er gjennomført/under gjennomføring viktige forbedringstiltak og det er fokus på fortsatt behov for å styrke dialogen, spesielt for pasientgrupper der det kan være krevende å få avklart riktig moderavdeling. Hendelsesanalyser gjennomført på foretaksnivå etter alvorlige uønskede hendelser har påvist behov for endringer spesielt for pasienter med akutte magesmerter, og rutiner for håndtering av slike pasienter er endret. Begge avdelinger viser til behov for LIS2-lag også i kirurgi, for å redusere risikoen for samtidighetskonflikter og senke terskelen for konferering i vakttid.

Det fremgår at Medisinsk avdeling opplever samarbeidet med Kirurgisk avdeling som godt. Det fremgår imidlertid også at LIS1 legene som jobber i akuttmottaket opplever at terskelen for å tilkalle kirurgisk/ortopedisk overlege i bakvakt er høyere enn å tilkalle LIS2 bakvakt i Medisinsk avdeling. Denne terskelen oppstår fordi det ikke er LIS 2 sjikt i kirurgisk avdeling og det er dermed lettere å ta kontakt med LIS 2 Medisinsk avdeling ettersom de oftere befinner seg i akuttmottaket, mens kirurgene er i bakvakt og andre steder på huset eller hjemme. Det meldes imidlertid om at LIS 1 og LIS 2 ikke opplever dialogen med kirurgisk bakvakt som vanskelig og at de får god hjelp når de ber om det.

Det fremgår at også Kirurgisk avdeling opplever samarbeidet med Medisinsk avdeling som godt. Loggskjema viser at det er i perioden fra uke 44 2018 til uke 9 2021 (777 dager) er loggført 581 dager med konferering mellom bakvakt medisin og bakvakt kirurgi. Det er ikke loggført konkrete kommunikasjonsproblemer eller meldt avvik på konferering mellom bakvaktene.

Redegjørelsen viser at det jobbes strukturert og systematisk for å sikre godt samarbeid på tvers av avdelingene. Ved Medisinsk avdeling er legestaben i stor grad preget av kontinuitet, med en fast stabil stamme av erfarne overleger og etter hvert også tilsvarende i LIS2-sjiktet. Ved Avdeling for kirurgiske fag har det vært større mobilitet på ledelsesnivået, av medisinsk faglige rådgivere og i legestaben. Vakante legestillinger medfører perioder med bruk av vikarer og vikarbyrå. Det er da avgjørende viktig at nye leger/vikarer går inn i strukturerte og gode systemer for samarbeid, som ikke i for stor grad bygger på muntlighet og ad-hoc-løsninger.

Klinikken vil fortsette arbeidet med å påse at terskelen for tilkalling av bakvakt kirurgi fra medisinsk tilstedevakt ikke blir til hinder for kvalitet og pasientsikkerhet. Bakvakt er i bakvakt for kunne bidra dersom kapasitet og/eller kompetanse hos tilstedevakt ikke er tilstrekkelig. Tilstedevakt må være trygg på at uavhengig av hvem som er i bakvakt skal denne være tilgjengelig når tilstedevakt vurderer at det er behov for det. Klinikkdirektør jobber systematisk med styrking av faglig ledelse, og større kontinuitet i sentrale faglige stillinger. Administrerende direktør jobber sammen med klinikkdirektør og fagdirektør om driftsmodeller og faglig utvikling av avdelingene.

Avsluttende kommentar

Sørlandet sykehus har et samlet befolkningsgrunnlag på omlag 310 000 innbyggere. Administrerende direktør er ansvarlig for at alle innbyggerne i Agder har tilgang til spesialisthelsetjenester av god kvalitet og med høy pasientsikkerhet, med så lav uønsket variasjon som mulig. Dette forutsetter god ledelse på alle nivå i organisasjonen, med ledere som er tett på egen virksomhet og som legger til rette for kontinuerlig og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. SSHF har vedtatt en ny lederplattform i februar 2021 som er under implementering, blant annet med nytt lederopplæringsprogram. For SSHF er det spesielt to utfordringer som krever særskilte tiltak:

Rekruttering: Sørlandet sykehus har utfordringer innenfor noen områder med vakante lege-spesialiststillinger, psykologspesialister og spesialsykepleiere. Det jobbes systematisk med å håndtere dette – for alle aktuelle yrkesgrupper.

SSHF ligger i utkanten av helseregionen, med stor geografisk avstand til universitetssykehuset med utdanningsansvar for medisinerne. Det er kjent kunnskap at utdanningsansvar styrker rekrutteringen. Administrerende direktør har siden desember 2018 samarbeidet med UiO om opprettelsen av «Campus Sør», og SSHF vil fra 2023 ta imot et økt antall legestudenter.

Desentralisert sykepleieutdanning er et annet eksempel på betydningen utdanning har for rekruttering. SSHF samarbeider med UIA og kommunene i vestfylket om desentralisert sykepleieutdanning i Listerregionen og har svært gode erfaringer med dette. Det er etablert mange utdanningsstillinger for anestesi, intensiv, operasjon og jordmødre for å sikre rekruttering.

Administrerende direktør vil også videreføre og styrke satsingen på forskning ved SSHF. Å utvikle og styrke flere gode forskningsmiljøer har direkte påvirkning både på rekruttering og kvalitet. Medarbeidere i hele foretaket inngår i slike forskningsmiljøer. Forskning er ett av satsingsområdene i gjeldende strategiplan for SSHF og det utarbeides nå en delplan som konkretiserer oppfølgingen av dette målet. Også dette er et langsiktig tiltak som administrerende direktør anser som nødvendig for å sikre fremtidig rekruttering i SSHF.

Lavt pasientvolum: Nedslagsfeltet for SSF er ca. 40 000 innbyggere. I likhet med mange andre mindre sykehus i distriktet medfører dette lave pasientvolum for deler av virksomheten. Bruk av felles ventelister for bedre bruk av ressurser på tvers, simulering, trening, teamøvelser, ambulerende og rotasjon, hospitering, samarbeid med andre sykehus i nettverk og andre kompetansehevede tiltak er helt nødvendig for å kompensere for lavt volum. Flytting av elektiv behandling til SSF er under utredning i samarbeid med aktuelle fagområder.

SSHF jobber strukturert med oppfølgingen av Konsernrevisjon 6/20 for å lukke avvikene i Statens Helsetilsyns avgjørelse.

Sørlandet sykehus HF

Nina Mevold
administrerende direktør

Susanne S. Hernes
fagdirektør

Vedlegg:

1. Oppfølgingsplan etter Konsernrevisjon 6/20
2. Styrerapportering etter oppfølging av Konsernrevisjon 6/20, februar 21
3. Redegjørelse fra klinikkdirektør Klinikk for somatikk Flekkefjord
4. Prosedyre – ansettelsesrutine SSHF
5. Tabellarisk oversikt over faglig samarbeid på tvers av klinikkene
6. Mandat for klinikkvise kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg
7. Oppsummering etter journalgjennomgang SSK
8. Prosedyre – medisinsk tilsyn og tilsynsnotater i DIPS