

Tittel: Oppfølging etter eksternt systemtilsyn gastrokirurgi ET 2025/006

Dato opprettet: 14.12.2025 Saksbehandler: Else Kristin Reitan
 Org. plassering: Sørlandet sykehus HF Frist: 08.04.2026
 Leder org. plassering: Mikkel Peter Høiberg Status: Aktiv

Bakgrunn: Statens helsetilsyn gjennomførte i oktober 2025 stedlig tilsyn ved gastrokirurgisk seksjon, Kirurgisk avdeling, Klinikk for somatikk Arendal. Se "Eksternt tilsyn 2025/006" i modul for revisjoner og tilsyn (referanse under). Tilsynet ble gjennomført på bakgrunn av uønskede pasienthendelser meldt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, meldt fra Sørlandet sykehus.

Siden årsskiftet 2024/2025 er det jobbet aktivt med forbedringstiltak både innenfor bemanning, ledelse og systematisk kvalitetsforbedring ved seksjonen. Den 13.10.25 ble det gjennomført workshop med deltagelse fra fagmiljøene både i Arendal og Kristiansand. Tiltak som ble identifisert i workshopen er lagt inn i denne handlingsplanen. Tilsvarende gjelder for øvrige tiltak som er identifisert fortløpende i arbeidet.

16.03.26: Endelig rapport fra tilsynet ble lagt frem i møte i Arendal denne dagen, se vedlegg. SSHF fikk frist til 08.04.26 med å svare ut rapporten. Dette er lagt inn som ny frist for handlingsplanen.

Denne handlingsplanen må leses i sammenheng med oversendelsesbrevet fra administrerende direktør til Statens Helsetilsyn. Planen er i utgangspunktet laget for å leses digitalt. I tråd med at Helsetilsynet har svært omfattende merknader er også tiltakene av ulik karakter med hensyn til størrelse og betydning. Tiltakene står heller ikke i prioritert rekkefølge eller skal leses i rekkefølge - de er lagt inn underveis i prosessen av de ulike ansvarlige.

Mål: Målet med denne handlingsplanen er å bruke den til å dokumentere planlegging, gjennomføring og evaluering av forbedringstiltak både lokalt og på foretaksnivå, etter uønskede hendelser ved gastrokirurgisk seksjon i Arendal.

Tiltaksliste

Struktur på morgenmøter som sikrer at vaktrapport har riktig innhold T01 (HP 2025/515) Status: **Avsluttet**

Mål: Sikre at vanskelige og uavklarte pasientforløp eller mistanke om komplikasjon eller feil, alltid diskuteres i et samlet kollegium.

Få en oversiktlig visitt, håndtere uavklarte pasienter, sikre at de riktige pasientene forblir i seksjonen.

- nye pasienter
- meldte øhjelps-operasjoner
- dårlige pasienter på intensiv eller post
- operasjoner utført på vakt
- ev. uønskede hendelser

Tiltaksbeskrivelse: Sørge for at pasientene som er i seksjonen er gastrokirurgiske problemsstillinger
 Sørge for at øvrige pasienter blir overført til øvrige seksjoner/avdelinger/

Saksbehandler: Martin Bøhler Frist: 02.03.2026
 Gjennomføres av: Seksjonsoverlege

Gjennomført tiltak: God struktur på morgenmøtene sikrer at det er mest fokus på de mest kritiske pasientene. Pasienter på intensiv drøftes alltid først. Det er alltid overlege på visitt, og basert på morgenmøtet tilser denne dårligste pasientene først, selv om disse skulle ligge på en gruppe som visiteres av LIS2.

I tillegg er det en summarisk gjennomgang av pasientene på post kl 15. Uavklarte/dårlige pasienter diskuteres grundig. Dagens radiologi gjennomgås.

Evaluering: Gjennomgang med seksjonsoverlege i mars 25 viser at man opprettholder denne rutinen.

Seksjonen evaluerer at rutinen etterleves på månedlig basis, hvor fokus er "er morgenmøtene fortsatt gode nok?" Avdelingsleder etterspør status på oppfølgingsmøter.

Se tiltak 18 for oppfølging av evaluering.

Regelmessige kvalitets- og komplikasjonsmøter	T02 (HP 2025/515)	Status:	Avsluttet
--	-------------------	---------	------------------

Mål: Bevissthet rundt egne og seksjonens komplikasjoner. Øke den psykologiske tryggheten i kollegiet. Skape aksept for at komplikasjoner er en del av den vanlige kliniske driften.

Tiltaksbeskrivelse: Her tas alle relevante feil/uønskede hendelser opp. Gjennomgang av klagesaker, NPE-saker (både med medhold og avslag), samt aktuelle kvalitetsregistre.

Det skal være ensidig fokus på læring og forbedring,

Møtene skal holdes ukentlig. Obligatorisk oppmøte. Vanligvis legges casen fram av ansvarlig behandler.

Saksbehandler: Martin Bøhler Frist: 02.03.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Vi har månedlige gjennomganger av operasjonspasienter, og oppsummering av komplikasjoner. I tillegg er det ukentlige møter som behandler pasientforløp mer grundig.

Evaluering: Evaluering i mars viser at dette fremdeles gjennomføres. Aktiviteten og resultatene etterspørres i oppfølgingsmøter av avdelingsleder.

Ny evaluering planlegges om et år. se tiltak 18 for overordnet evaluering.

Lokalt kvalitets- og komplikasjonsregister	T03 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
---	-------------------	---------	--------------

Mål: Oversikt og oppfølging av relevante kvalitetsindikatorer basert på pasientutkomme ved seksjonens arbeid.

Tiltaksbeskrivelse: Liggetid og reoperasjonsrate på hyppig forekommende inngrep som appendektomi, brokkoperasjoner og cholecystektomi, samt postoperativ infeksjonsrate. Dette kan utvides når mulig.

Må ligge på sikkert område, og etterhvert publiseres i styringsportalen.

Saksbehandler: Martin Bøhler Frist: 01.06.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Månedlige komplikasjonsgjennomganger lagres kvantitativt på sensitivt område. Alle galleoperasjoner siste 2 år er gjennomgått mtp komplikasjon/reoperasjon, og tallene er sammenlignet med Kristiansand uten funn av større avvik.

Det arbeides med å lage en oversikt over sanntidskomplikasjoner som kan følges fra uke til uke. Hvilke prosedyrer som egner seg for dette er under arbeid.

Evaluering: Det er gjennomført komplikasjonsgjennomganger rundt galle, større benigne tarmoperasjoner, appendicitt. Det planlegges ytterligere gjennomganger og det utarbeides et årshjul.

Tidshorisont i årshjul velges med tanke på stort nok pasientmateriale til å ha styrke i beregningene til å kunne vise en klinisk betydende forskjell mellom subgruppene hvis denne eksisterer..

Se tiltak 18 for overordnet evaluering

Stikkprøvekontroller av meldte uønskede hendelser	T04 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
--	-------------------	---------	--------------

Mål: Kvalitetssikring av kategorisering og oppfølging av uønskede hendelser.

Tiltaksbeskrivelse:	Lederlinja må tematisere til dette sine medarbeidere - formidle det som en forventet kultur. Lederne må praktisere åpen dør-holdning, og vise i praksis at dette blir fulgt opp med handling.		
	Det bør også formidles at slik bekymring er mulig å ta dette opp med veileder.		
	Det må jobbes med å bygge kultur rundt at dette er ønsket og trygt - og også er en plikt som påhviler alt helsepersonell.		
Saksbehandler:	Martin Bøhler	Frist:	14.10.2026
Gjennomføres av:			
Gjennomført tiltak:	Det er formidlet til medarbeiderne at slik bekymring skal formidles og drøftes med både seksjonsoverlege og avdelingssjef.		
	Dette kommuniseres av både avdelingssjef og seksjonsoverlege på jevnlig basis på relevante arenaer slik at man over tid bygger psykologisk trygghet, både blant dagens ansatte og blant nyansatte.		
Evaluering:	Pasientsikkerhetskulturnivået i Forbedring (medarbeiderundersøkelse, SSHF ligger relativt godt an i dag, se https://www.dagensmedisin.no/ahus-finnmarkssykehuset-hf-kvalitet-og-pasientsikkerhet/hva-er-status-for-pasientsikkerhetsklimaet-i-norske-sykehus/731672) og oppfølging av Forbedring		

Fagråd gastrokirurgi skal være i aktiv drift	T07 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
---	-------------------	---------	--------------

Mål:	Fagråd og andre faglige møtepunkter skal prioriteres av fagmiljøet på både SSA og SSK, slik at man jobber med et mer helhetlig og samlet fagmiljø.		
	Fagrådene skal bidra å kompensere for manglende felles ledelse, men vil ikke kunne erstatte tverrgående ledelse. Fagrådet skal være et supplement og en støtte for lederlinja - med viktige oppgaver for læring på tvers og reduksjon av uønsket variasjon.		
Tiltaksbeskrivelse:	Planlagt statusrapportering for tiltak vedtatt i februar 2025 ble gjennomført i mars 2026. Det vises til vedlegg. Foretaksledelsen skal fremover ved hvert tertial få en tilsvarende statusrapport.		
	Det vil være avgjørende for muligheten til å avsette tid til deltagelse i fagrådsarbeid at den akutte bemanningssituasjonen håndteres, se øvrige tiltak i handlingsplanen.		
	Den normative rapporteringen fra fagrådene skal følges, der manglende oppfølging/leveranse må få konsekvenser. Hvordan drøftes i lederlinja.		
	Det er et felles ansvar for avdelingssjefene Kirurgisk avdeling SSA og SSK å sørge for at deltagere i fagrådene kan delta på møtene.		
	Alle ledernivå skal etterspørre resultat fra arbeidet, dette er satt i system.		
	Følgende nye forslag vil bli behandlet ved neste tertial: Fagavdelingen overvåker fagrådernes arbeid. Dersom fagrådet ikke fungerer, innkaller fagavdelingen de aktuelle linjelederne (hele linja), til møte med dette som tema. Dette vurderes ved revidering av fagrådernes mandat høsten 2026. .		
	Nytt punkt til mandatet: krav om årlige møter med utdanningsansvarlig overlege.		

Saksbehandler:	Susanne Miriam Sørensen Hernes	Frist:	30.06.2026
Gjennomføres av:	Susanne Sørensen Hernes		
Gjennomført tiltak:	Fagråd gastrokirurgi har hatt møte i januar 2026.		
	Det er lagt inn en oppfølging i klinikkdirektørs stab med oversikt over deltagelse i alle fagråd og det følges jevnlig opp.		
Evaluering:	Deltagelse i alle fagråd evalueres tre ganger i året og følges sammen med de andre fagrådene opp som egne agendapunkter i foretaksledelsen. Oppfølging av fagrådene er innarbeidet i oppfølgingsstrukturen i de enkelte klinikkene.		
	Overordnet evaluering, se tiltak 18		

Oppgaver

Marte, kan du legge inn saksfremstillingen fra fagrådssaken sist uke som vedlegg i dette tiltaket. Få endelig vedtak fra Margit, og legg det inn i saksfremstillingen. Gjør tilsvarende for alle sakene fremover ved hvert tertial.

Marte Eline Ween- 24.03.2026
Velken

Utført handling: 25.03.2026 Else Kristin Reitan Oppgaven ble lukket

Overtidsbruk og sykemeldingsrate skal overvåkes av lederlinja på en måte som initierer tiltak T08 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Lederlinja skal ha god tilgang til data om overtidbruk og sykemeldingsrater, og overvåke dette som mulige tegn på for stort arbeidspress

Tiltaksbeskrivelse: 1) Det skal være lett tilgjengelig for leder å overvåke/spotte kritiske endringer/trender. Leder skal da kontakte HR for bistand.

2) Leder skal fortløpende vurdere tiltak som skal redusere arbeidsbelastningen for overleger

3) Risikovurdering/forsvarlighetsvurdering av arbeidsbelastning for medarbeidere skal gjennomføres

Evalueres i tråd med tiltak 36.

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 13.04.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Lederne har nå god tilgang til overtidbruk og sykemeldinger på ind.nivå. Følges opp av lederlinja i tråd med sykehusets rutiner. Det gjøres forsvarlighetsvurderinger for de som jobber mye overtid.

Evaluerings:

Uønskede hendelser skal kunne flagges som "røde flagg" for oppfølging i KPU T09 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Opphoping av flere uønskede hendelser av samme type over tid, eller mangelfullt behandling av uønskede hendelser, skal fungere som et «rødt flagg» for at en seksjon kan være på vei i gal retning. Leder skal da redegjøre for sakskomplekset i et påfølgende KPU møte.

Å påpeke et "rødt flagg" må være vanlig, ønsket, nyttig og viktig. Dvs at det skal bygges psykologisk trygghet rundt den oppgavene som alle i KPU har - å være hverandres "kritiske venner" og stille de kritiske spørsmålene - også til nære kolleger.

Tiltaksbeskrivelse: Dersom det er gjentatte uønskede hendelser, eller mønstre/trender som gir grunn til bekymring, skal slike hendelser markeres med "rødt flagg" og legges frem samlet til ny behandling i KPU. Alle i KPU må våge å stille kritiske spørsmål - også utenfor eget fag, og vise egen sårbarhet gjennom egne caser.

Uønskede hendelser må kombineres med gjennomgang av behandlingsresultat, og sees i en større sammenheng. Arbeidsutvalget i KPU påser at hendelser/mønstre som flagges som røde, kommer til behandling i KPU.

Saksbehandler: Lasse Svenstrup Andersen Frist: 30.09.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Det er innført "rødt flagg" i AU KPU.

Evaluerings: Arbeidsformen i KPU evalueres i september 2026

Overordnet evaluering, se tiltak 18

Oppgaver

Arbeidsformen "rødt flagg" i KPU evalueres i september 2026 Lasse Svenstrup Andersen 30.09.2026

Utført handling:

Håndtere den akutte bemanningssituasjonen T10 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Redusere arbeidsbelastningen som følge av bemanningsutfordringene, samt håndtere konsekvensene av den krevende bemanningssituasjonen.

Tiltaksbeskrivelse: LIS og overleger fra SSK, AHUS og OUS bidrar til å dekke vakanser

Vaktordning for LIS 2/3 er endret fra 12-delt til 10-delt vakt.

Overføring av ikke operative gastro kreftpasienter som kommer fra OUS til SSK

Overføring av palliative pasienter og noen gastromedisinske pasienter som skal ha prosedyre til gastromedisin SSA: det pågår arbeid med medisinsk avdeling vedrørende dette.

Det er vurdert om ortopeder kan inngå i traumevakt. Dette er krevende da SSA har uerfarne gastrokirurger. Det er satt opp et møte med ortopedisk overlege for å diskutere dette.

Det er laget beredskapsplaner for midlertidig bortfall av kirurgisk vakt. En plan for bortfall på natt, og en plan for bortfall 24/7. Det er også laget en plan for omlegging av drift i helg. Denne ble tatt i bruk fra 6. -9. mars 2026.

Arbeidsavtalen for seksjonsoverlege ved SSA utløper 10.04.26, og vedkommende går da tilbake til sin stilling ved SSK. Dette vil ytterligere forverre situasjonen. Det jobbes med tiltak for å rekruttere ny seksjonsoverlege.

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 01.07.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Bemanning utfordringen er fortsatt krevende. Det pågår samtaler på tvers i SSHF.

Vikarer fra OUS og AHUS bidrar. Vi er også i dialog med andre foretak.

Beredskapsplaner er laget.

Det er utarbeidet lønnsincentiver for medarbeidere som tar vakansvakter.

Evaluering:

Oppgaver

Bemannings situasjonen følges tett og det er utarbeidet et utkast til en plan for å beholde og rekruttere medarbeidere. Planen skal ROS analyseres om en uke, og vil bli diskutert med medarbeidere i forkant. Susanne Miriam Sørensen Hernes

Utført handling:

ROS analyse beholde og rekruttere gastrokirurger SSA er planlagt til 13 februar 2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes

Utført handling:

Opprettholde kirurgisk kompetanse - rotasjon for å vedlikeholde kompetansen T11 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Opprettholde kirurgisk kompetanse, da den nåværende kirurgiske profilen ved SSA ikke harmonerer med fullverdig spesialitet i gastrokirurgi.

Tiltaksbeskrivelse: - rotasjon av kirurger til SSK/AHUS/OUS

Saksbehandler: Susanne Miriam Sørensen Frist: 31.12.2026
Hernes

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Se T10

Evaluering:

Oppgaver

I dialog med AHUS er det inngått avtale om at kirurg fra SSA kan rotere til AHUS hver 12 uke for opprettholdelse av kompetanse Jan Torkild Haukvik

Utført handling: 18.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes Oppgaven ble lukket

Avklart med SSK at kirurg TA møter for avklaring av intern rotasjon i foretaket for opprettholde kompetanse Susanne Miriam Sørensen Hernes

Utført handling: 18.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes Oppgaven ble lukket

Sikre god struktur på previsitten T12 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Effektive previsitter som er godt forberedt.

Tiltaksbeskrivelse: Previsittene skal gjennomføres slik at det i etterkant foreligger

- plan for håndtering av seksjonens pasienter
- plan for overføring til andre seksjoner/avdelinger
- plan for utskriving
- oversikt over hvilke pasienter som skal visiteres av overlege, se ior øvrig tiltak 1

Saksbehandler: Martin Bøhler Frist: 21.10.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Det er levert liste til spl over hva som skal være på plass til previsitten. Strukturen er under innarbeiding og skal gjøres likt.

Evaluering: Evalueres løpende i tråd med tiltak 1

Overordnet evaluering, se tiltak 18

Oppgaver

Det er tatt initiativ til samstemming av prosedyrene for gastrokirurgi på tvers av SSHF Jan Torkild Haukvik

Utført handling:

Internt kvalitetsprosjekt for forbedring av medisinsk koding T14 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: - med vekt på om kodingen fanger opp komplikasjoner, reoperasjoner mm

- forbedre kodekvaliteten

- vil fange opp også pasienter som ikke opereres.

Tiltaksbeskrivelse: - revisjon av dagens kodekvalitet, på tvers i SSHF
- vurderes som forbedringsprosjekt
- må avventes inntil øvrige tiltak SSA er gjennomført
- bør gjennomføres som et felles prosjekt SSA og SSK, med støtte fra EVD og Kodekontoret. SSA kan ikke lede dette nå.

Saksbehandler: Bør drøftes av fagrådet for gastrokirurgi.
Frank Lohne Frist: 22.12.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak:

Evaluering:

Rutiner for regelmessig oppfølging av fagråd i lederlinjas oppfølgingsmøter T15 (HP 2025/515) Status: **Avsluttet**

Mål: Sikre fokus og oppfølging av at fagrådene ivaretar sitt mandat

Tiltaksbeskrivelse: Både AD og klinikkdirektørene skal rutinemessig etterspørre og gjennomgå fagrådernes arbeid i de ordinære rutinemessige oppfølgingsmøtene

Saksbehandler: Mikkel Peter Høiberg Frist: 31.12.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Det er i foretaksledelsen besluttet at fagråd følges opp både i lederlinjen og via tertialsvis saksfremlegg i foretaksledelsen. Se også tiltak 7.

Evaluerings: Overordnet evaluering, se tiltak 18

Rutiner for etterspørring av status tiltak alle hendelsesanalyser i regi av Fagavdelingen T16 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Øke gjennomføringskraften, følge tiltak hele veien ut - Demings sirkel

Tiltaksbeskrivelse: - Etter hendelsesanalyser identifiseres det tiltak som må vurderes gjennomført for å redusere risikoen for nye hendelser. Vurderingen av hvorvidt disse tiltakene skal gjennomføres gjøres i klinikkens KPU, basert på en totalvurdering.

Tiltaket innebærer utsjekk og dokumentasjon av hvilke tiltak som blir vedtatt i de ulike involverte klinikkene og status for gjennomføring av tiltakene etter 6 mnd. Metode for gjennomføring og dokumentasjon drøftes i Kvalitetsnettverket.

Saksbehandler: Else Kristin Reitan Frist: 24.11.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Pågående arbeid med å finne den beste måten å gjennomføre tiltaket.

Evaluerings:

Oppgaver

Alle hendelsesanalyser fra fagavdelingen er oppe i KPU og klinikkdirektør mottar hendelsesanalysene. Susanne Miriam Sørensen Hernes

Hendelsesanalysene følges tett, og det er lav terskel for gjennomføring av ROS analyse

Utført handling:

Bedre rutiner for oppfølging av forbedringsarbeid etter uønskede hendelser - generelt tiltak T17 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Økt gjennomføringskraft, bedre læring på tvers

Tiltaksbeskrivelse: Konklusjoner etter gjennomgang av uønskede hendelser løftes til diskusjoner mellom klinikkdirektører for å sikre at læring spres til resten av organisasjonen.

I tillegg må meldte uøh og påfølgende forbedringsarbeid i større grad synliggjøres for medarbeiderne slik at det oppleves som nyttig å melde.

Saksbehandler: Else Kristin Reitan Frist: 22.12.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Uønskede hendelser, hvor læringsmomenter er relevant for andre klinikk, må spres i organisasjonen. Metode for dette er under drøfting i kvalitetsnettverket.

Evaluerings:

Evaluerings av gjennomførte tiltak i handlingsplanen T18 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Alle gjennomførte tiltak i denne planen fra SSA vil bli evaluert desember 2026 og juni 2027.

Tiltaksbeskrivelse: Se også tiltak 34 og 36.

Saksbehandler: Mikkel Peter Høiberg Frist: 29.12.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak:

Evaluerings:

Oppgaver

Evaluering av alle lokale tiltak, i samarbeid med organisasjonsdirektør og fagdirektør Susanne Miriam Sørensen Hernes

Utført handling:

Evaluering av alle lokale tiltak, i samarbeid med klinikkdirektør og fagdirektør Nina Føreland 29.12.2026

Utført handling:

Rekrutteringstiltak T19 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Koordinere felles innsats slik at bemanningssituasjonen på kirurgisk avd. SSA bedres over tid

Tiltaksbeskrivelse: Vi har hatt tre utlysninger i løpet av 2025. Ingen søkere. Det planlegges ny utlysning i mars/april 2026, med endret lønnsincentiv og en tydeligere faglig profil i avdelingen. Det jobbes med rotasjon til SSK og til andre HF. Klinikken jobber også med en aktiv rekrutteringspakke sammen med org.avd og har dialog med andre helseforetak.

Utdanne spesialister selv: Ingen HF i Norge er ennå blitt godkjent av Hdir som utdanningsinstitusjon innen gastrokirurgi. Det jobbes systematisk for å bygge et attraktivt arbeidsmiljø, både faglig og sosialt, med fokus på kvalitetsforbedring, felles casusmøter, gode operasjonsgjennomganger, la LIS komme til på operasjoner mm. Dvs bygge og forsterke fagmiljøet, og sikre godt samarbeid mellom SSA og SSK, inkl. rotasjon til SSK.

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 01.07.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak:

Evaluering:

Oppgaver

Klinikken jobber med en aktiv rekrutteringspakke og bevaringspakke sammen med org.avd og har dialog med andre helseforetak Susanne Miriam Sørensen Hernes 08.04.2026

Utført handling: 24.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes:
Det legges ved en oversikt over pågående rekrutteringstiltak fra seksjonsoverlege gastrokirurgi SSA, avdelingssjef kirurgi SSA. I tillegg er det utarbeidet en rekrutterings og bevaringsplan for gastrokirurgi SSA som legges ved.

3) Utdanne spesialister selv Susanne Miriam Sørensen Hernes
Ingen av HF i Norge er blitt godkjent av Hdir som utdanningsinstitusjon innen gastrokirurgi.

Fokuserer på kvalitet, gjennomføre felles MBT, operasjonsgjennomganger, la LIS komme til på operasjoner
Bygge fagmiljøet mellom / godt samarbeid mellom SSA og SSK inkl. rotasjon til SSK

Utført handling:

3) Utdanne spesialister selv Siri Tønnessen 31.12.2026
Ingen av HF i Norge er blitt godkjent av Hdir som utdanningsinstitusjon innen gastrokirurgi.

Fokuserer på kvalitet, gjennomføre felles MBT, operasjonsgjennomganger, la LIS komme til på operasjoner
Bygge fagmiljøet mellom / godt samarbeid mellom SSA og SSK inkl. rotasjon til SSK

Utført handling:

Etablere tverrgående internundervisning gastrokirurgi SSA - SSK T20 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Etablere tverrgående internundervisning for seksjonene ved SSA og SSA - felles og effektiv kompetanseheving

Tiltaksbeskrivelse: I samarbeid etablere felles fast internundervisning.
 Saksbehandler: Jan Torkild Haukvik Frist: 01.07.2026
 Gjennomføres av: Avdelingssjefene SSA og SSK, i samarbeid med seksjonsoverlegene
 Gjennomført tiltak:
 Evaluering:

Oppgaver

I samarbeid med avdelingssjef Kirurgisk avdeling SSA, etablere felles internundervisning innen gastrokirurgi/generell kirurgi Tone Kristin Hansen 01.07.2026
 Utført handling:

Gastrokirurgi SSHF - vurdere felles ledelse SSA - SSK T24 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Vurdere om gastrokirurgien på SSHF vil profitere av felles ledelse på tvers
 Tiltaksbeskrivelse: Foretaksledelsen må i samarbeid med de to avdelingssjefene utrede om felles ledelse på enten seksjonsnivå eller avdelingsnivå vil være hensiktsmessig.
 Saksbehandler: Org. direktøren utarbeider mandat, i samarbeid med fagdirektøren og klinikkdirektørene. Nina Føreland Frist: 01.07.2026
 Gjennomføres av:
 Gjennomført tiltak: Det er gjennomført en ROS analyse for Bevare og rekruttere gastrokirurger ved SSA 13.03.26. I den forbindelse ble det pekt på flere løsninger, hvor en felles ledelse for gastrokirurgisk seksjon og også for kirurgisk avdeling i SSHF ble foreslått. Risikoanalysen var kompleks, og deltagerne har fått frist til 25.03 for å gjøre risikovurdering etter tiltak
 Evaluering:

Oppgaver

I samarbeid med klinikkdirektør SSA vurdere om det er hensiktsmessig med felles ledelse SSA og SSK, på enten seksjonsnivået for gastrokirurgi, eller ev. også for hele avdelingsnivået for Kir. avd. SSA og Kir. avd. SSK Siri Tønnessen 01.07.2026
 Utført handling:

Sammen med øvrige ledere vurdere om det er hensiktsmessig med felles ledelse Susanne Miriam Sørensen Hernes 07.07.2026
 Utført handling:

Sikre realkompetansevurdering av LIS 3 som konstitueres som overlege, samt der overleger skal godkjennes for oppgaver som ligger utenfor deres spesialistgodkjenning T27 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Gjennomføring av realkompetansevurdering av LIS 3 og overleger uten godkjent spesialitet, samt sikre god dokumentasjon av dette.
 Tiltaksbeskrivelse: Løpende oppgave for avdelingssjef. Avdelingssjef må være kjent med utarbeidet plan og følge denne ved konstituering.
 Sikrer også at LISene har en plan for ferdigstilling av spesialiseringen sin, når de f.eks går inn i en overlegestilling.
 Se tiltak 34 for evaluering/utsjekk.
 Saksbehandler: Susanne Miriam Sørensen Frist: 30.04.2026
 Gjennomføres av: Hernes
 Gjennomført tiltak: Oppgaven er tildelt til alle avdelingsledere med LIS leger. På kort sikt til avdelingsleder kirurgi, på lang sikt til resten av avdelingsoverlegene. Temaet har vært oppe på klinikkledermøtet 18.03, og vil også bli adressert i oppfølgingsmøtet med adm.dir i mai 2026.

Evaluering: Tiltaket legges inn i klinikkens årshjul og vil bli kontrollert to ganger per år.

Oppgaver

gjennomføres realkompetansevurdering og dokumentere i kompetanseportalen Jan Torkild Haukvik 01.07.2026
- LIS 3 som konstitueres som overleger
- leger som ikke har godkjent spesialitet

Utført handling: 25.03.2026 Jan Torkild Haukvik:
Alle knst ovl er realkompetansevurdert m relevant spesialist\seksjonsleder. Dokumentasjon i personalmappe og EK

25.03.2026 Jan Torkild Haukvik Oppgave fullført

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Knut Erik Mjaaland 19.10.2026

Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportelen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:
Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling:

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Geir Noraberg 19.10.2026

Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportelen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:
Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling:

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Kay Cora Kraeft 19.10.2026

Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportelen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:
Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling:

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Espen Ringvold 19.10.2026

Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportelen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:
Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling: 23.03.2026 Espen Ringvold Oppgaven ble lukket:
Ingen konstituerte p.t.

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Elin Josephsen 19.10.2026
Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportalen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:

Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling: 20.03.2026 Elin Josephsen:
Har for tiden ingen konstituerte overleger ved BUA SSA

20.03.2026 Elin Josephsen Oppgaven ble lukket

Kan du gå gjennom evt konstituerte LIS til overleger på din avdeling og sikre at dette er gjennomført, og gjennomføres fremover? Tove Andreassen 19.10.2026
Denne planen skal brukes ved konstituering i kompetanseportalen: "SSHF - Kompetansevurdering - Kst. LIS3 i overlegestilling og psykolog i psykologspesialiststilling"

Se også dokumentet i EK:

Kompetanseportalen - Oppfølgingsmøter mellom foretaksledelsen og klinikkledelsen

Utført handling:

Sikre god onboarding av nye LIS T28 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Sikre at vaktgående LIS har oppfylte kompetansekrav i tråd med behovet før første vakt

Tiltaksbeskrivelse: 1) Tildele kompetanseplaner for nye LIS
- basisplan for kirurgisk leger SSA
Kompetanseplan for vaktgående LIS -SSA

2) Innføre fadderordning for LIS 2 tilsvarende slik de har på medisinsk avdeling

Se også tiltak 32.

Følges opp i det tertialvise oppfølgingsmøte.

Se også tiltak 34.

Saksbehandler: Kristine Johanne Nordstrøm
Forselv

Frist: 01.06.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: 1) Avd.sjef har tildelt kompetanseplaner

Evaluering:

Oppgaver

tildele kompetanseplan for vaktgående LIS-SSA Jan Torkild Haukvik 01.06.2026
Følge opp kompetanseplanen

Utført handling:

Vurdere å innføre fadderordning for LIS tilsvarende ordning på medisinsk avdeling Jan Torkild Haukvik 26.06.2026

Utført handling: 15.03.2026 Nina Føreland Epost sendt:
Til: Jan Torkild Haukvik (jan.torkild.haukvik@sshf.no)
Emne: Melding fra EK
Melding:
Gjelder oppgave "onboarding av nye LIS"

Alle LIS-veiledere ved Kirurgisk avdeling i Arendal skal ta veiledningskurs T29 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Sette veilederne i stand til å være gode veiledere

Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som er registrert i kompetanseportalen	Geir Noraberg	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: Klinikkdirektør gjennomgår listen to ganger årlig		
Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som ligger i kompetanseportalen	Kay Cora Kraeft	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: Klinikkdirektør gjennomgår oversikt to ganger per år		
Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som ligger i kompetanseportalen	Elin Josephsen	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: Klinikkdirektør gjennomgår listen to ganger per år		
Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som ligger i kompetanseportalen	Knut Erik Mjaaland	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: Klinikkdirektør gjennomgår lister to ganger per år		
Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som ligger i kompetanseportalen	Espen Ringvold	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: Klinikkdirektør gjennomgår listen to ganger per år		
Alle LIS skal ha oppdatert individuell utdanningsplan med god struktur som ligger i kompetanseportalen	Tove Andreassen	30.06.2026
Utført handling: 20.03.2026 Susanne Miriam Sørensen Hernes: klinikkdirektør gjennomgår listen to ganger per år		

Sikre at alle LIS 2/3 får veiledning av kompetent veileder	T31 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
---	-------------------	---------	--------------

Mål: Alle LIS 2/3 skal ha veiledning i tråd med regelverket - med månedlig veiledning.

Tiltaksbeskrivelse: Gjennomført veiledning skal dokumenteres i Kompetanseportalen. Det er LIS 2/3 som selv dokumenterer dette.

Oppgavekategorisering i GAT skal innføres i løpet av 2026, her vil veiledning bli en kategori som kan legges inn i arbeidsplanen, både for LIS 2/3 og for veilederen.

Det er et lederansvar for avdelingssjef å påse at veiledningen gjennomføres. Utsjekk av dette vil bli gjort rutinemessig i oppfølgingsmøtene. Avdelingssjef vil måtte ha bistand fra utdanningsansvarlig overlege for å sikre dette.

Saksbehandler: Kristine Johanne Nordstrøm
Forselv

Frist: 24.11.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak:

Evaluerings:

Oppgaver

Veiledere til alle lis (2\3) er organisert, enkelte med LIS3 og spesialist. Jan Torkild Haukvik

Utført handling: 25.03.2026 Jan Torkild Haukvik:
gjennomført

25.03.2026 Jan Torkild Haukvik Oppgaven ble lukket

Etablere felles utdanning for kirurgiske LIS i SSHF	T32 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
--	-------------------	---------	--------------

Tiltaksbeskrivelse:	Gjelder tiltak 27 - 33 og 35.		
	Adm.direktør vedtok i desember-2025 at SSHF skal gjøre en internrevisjon av LIS-utdanningen i 2026		
	Org.direktør og UKO går gjennom status på alle tiltakene. Ny evaluering i desember.		
Saksbehandler:	Nina Føreland	Frist:	30.06.2026
Gjennomføres av:			
Gjennomført tiltak:			
Evaluering:			
Sikre god supervisjon for LIS 2/3 ved Kirurgisk avdeling SSA	T35 (HP 2025/515)	Status:	Avsluttet
Mål:	Tilstrekkelig og god supervisjon fra erfarne kolleger		
Tiltaksbeskrivelse:	Dette er en krevende oppgave med dagens bemanningssituasjon. På sikt må bemanningen være tilstrekkelig til at dette kommer på plass.		
	Se tiltak 34.		
Saksbehandler:	Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	Frist:	27.03.2026
Gjennomføres av:			
Gjennomført tiltak:	- Alle LIS har parallellpoliklinikk, det vil si at poliklinikk settes opp samtidig med overlege som har en litt kortere liste slik at de kan supervisere LIS.		
	I tillegg har avdelingssjef følgende planer som vil gi positive effekter:		
	- Kulturbygging; LIS skal alltid med, fokus på å oppnå kompetanse i trygge omgivelser		
	- Tilpasse drift for å kunne drive supervisjon		
	- Det jobbes med et system hvor den enkelte LIS sin prosedyreliste planlegges opp mot poliklinikken, slik at LIS kan jobbe mer systematisk for å oppnå riktig kompetanse utifra hvor i LIS-løpet den enkelte LIS er.		
	Disse punktene krever mer stabil bemanningssituasjon og må jobbes videre fremover, det foreslås en videreføring av dette tiltaket slik at det følges opp videre.		
Evaluering:			
Utsjekk gjennomføring og evaluering av tiltak innenfor HR	T36 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
Mål:	Påse at tiltakene er gjennomført og har effekt (evaluering)		
Tiltaksbeskrivelse:	Gjelder tiltak 8, 10 og 19		
Saksbehandler:	Nina Føreland	Frist:	02.12.2026
Gjennomføres av:			
Gjennomført tiltak:			
Evaluering:			
Rutinemessige redegjørelser til styret om etterlevelse av kvalitetssystemet	T37 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
Mål:	Øke graden av etterlevelse og gjennomføringskraft i organisasjonen gjennom økt fokus		
Tiltaksbeskrivelse:	Administrerende direktør skal i hvert styremøte i 2026 ha en sak eller temasak som omhandler organisasjonens evne til å følge opp kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring		
Saksbehandler:	Nina Mevold	Frist:	24.11.2026
Gjennomføres av:			
Gjennomført tiltak:	Temasak i styremøte februar: Ledelsens gjennomgang (LGG), oppsummering for 2025 Temasak i styremøte mars: fagråd, med eksempel fra fagråd for traumatologi		
Evaluering:			
Øke psykologisk trygghet i alle deler av organisasjonen	T38 (HP 2025/515)	Status:	Aktiv
Mål:	Psykologisk trygghet og meldekultur henger tett sammen med både medarbeidernes arbeidssituasjon såvel som kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet. Det er derfor ønskelig å heve den generelle kunnskapen og bevisstheten om psykologisk trygghet i hele helseforetaket.		

Tiltaksbeskrivelse: Temasamlinger i HAMU
Fokus i oppfølging av ForBedring, der hvor scoren på sikkerhetsklima eller teamarbeidsklima er lav
Lille lederskolen
Temaside på intranett, med link til ressurser o.l.
Fokus i vernerunde, ved å se på om en skal ha inn spørsmål om psykologisk trygghet

Saksbehandler: Nina Føreland Frist: 01.04.2027

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak:

Evaluering: Score på både sikkerhetsklima og teamarbeidsklima i ForBedring 2027
Overordnet registrering av aktivitet

Oppgaver

Temasamlinger om psykologisk trygghet i HAMU Signelill Møklegård 31.12.2026
Pihl

Utført handling:

Temaside på intranett, med link til ressurse, basert på Helsedirektoratets "Kultur for psykologisk trygghet, åpenhet og læring" Marte Eline Ween- 30.07.2026
Velken

Utført handling:

Videreføre arbeidet med å implementere god risikostyring i alle nivå i organisasjonen, samt sikre rutinemessig ROS fremover ved gastrokirurgisk seksjon SSA T39 (HP 2025/515) Status: **Aktiv**

Mål: Risikostyring er ett av 14 policyområder i styringssystemet for SSHF. Det er de siste årene jobbet systematisk med å øke forståelsen av hva risikostyring innebærer og organisasjonen har oppnådd betydelig økt modenhet på dette området. Det er implementert gode støtteverktøy for gjennomføring av ulike typer av risikovurderinger og undervisning er satt i system. SSHF har godt innarbeidede rutiner på gjennomføring av ROS når det skal gjøres større endringer, som organisasjonsendringer, nedbemanning, innføring av nytt utstyr, nye behandlingsmetoder osv. Det må imidlertid fremdeles jobbes videre med å implementere jevnlig oppfølging av risiko i den ordinære driften. Dette er satt i system på foretaksnivå, og skal i løpet av 2026 også settes i system på klinikknivå og deretter i avdelingsnivå, da det fortsatt er uønsket variasjon for dette på disse nivåene. Overordnet mål er å oppnå økt modenhet for fagområdet risikostyring.

Tiltaksbeskrivelse: - implementere rutinemessig ROS for ordinær virksomhet på klinikknivå og avdelingsnivå i organisasjonen
- se øvrige detaljer i LGG 2026 for policyområdet risikostyring

Saksbehandler: Vemund Gitlestad Frist: 24.11.2026

Gjennomføres av:

Gjennomført tiltak: Dette er allerede satt i system på foretaksnivå. Det er gjennomført undervisning for alle klinikkene og de har i oppdrag å implementere dette på klinikknivå. Se tidligere oversendt LGG for policyområdet risikostyring. .

Evaluering:

Oppgaver

Påse rutinemessig ROS for driften fremover for gastrokirurgisk seksjon SSA Susanne Miriam 24.11.2026
Sørensen Hernes

Utført handling:

Sluttevaluering

Referanser

Tilsyn gastrokirurgiske pasienter ved SSA

Vedlegg

26_03_17 saksfremlegg FL med endelig vedtak - Fagrådspulsen status og tiltak for å styrke fagrådene

26_03_25 Dokumentasjon av spørsmål til helseforetak i HSØ om bidrag til SSA KIR 2025 og 2026

Rekruttering Jan Haukvik

Rekrutteringsforsøk seksjonsoverlege Martin Bøhler april 2025 til mars 2026

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Gjennomføre grundig bakgrunnssjekk ved rekruttering av nye ansatte	Spørre kandidat dersom siste arbeidsplass ikke er oppgitt som referanse. Arbeidsgiver forbeholder seg retten til å kontakte hvilken som helst person for bakgrunnssjekk, innenfor de juridiske rammene som gjelder. Realkompetanse må sjekkes med referanser.		Jan Torkild Haukvik	08.12.2025	Avsluttet
Struktur på morgenmøter som sikrer at vaktrapport har riktig innhold	Sørge for at pasientene som er i seksjonen er gastrokirurgiske problemsstillinger Sørge for at øvrige pasienter blir overført til øvrige seksjoner/avdelinger/		Martin Bøhler	02.03.2026	Avsluttet
Regelmessige kvalitets- og komplikasjonsmøter	Her tas alle relevante feil/uønskede hendelser opp. Gjennomgang av klagesaker, NPE-saker (både med medhold og avslag), samt aktuelle kvalitetsregistre. Det skal være ensidig fokus på læring og forbedring, Møtene skal holdes ukentlig. Obligatorisk oppmøte. Vanligvis legges casen fram av ansvarlig behandler.		Martin Bøhler	02.03.2026	Avsluttet
Sikre god supervisjon for LIS 2/3 ved Kirurgisk avdeling SSA	Dette er en krevende oppgave med dagens bemanningssituasjon. På sikt må bemanningen være tilstrekkelig til at dette kommer på plass. Se tiltak 34.		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	27.03.2026	Avsluttet

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Overtidsbruk og sykemeldingsrate skal overvåkes av lederlinja på en måte som initierer tiltak	<p>1) Det skal være lett tilgjengelig for leder å overvåke/spotte kritiske endringer/trender. Leder skal da kontakte HR for bistand.</p> <p>2) Leder skal fortløpende vurdere tiltak som skal redusere arbeidsbelastningen for overleger</p> <p>3) Risikovurdering/forsvarlighetsvurdering av arbeidsbelastning for medarbeidere skal gjennomføres</p> <p>Evalueres i tråd med tiltak 36.</p>		Nina Føreland	13.04.2026	Aktiv
Sikre realkompetansevurdering av LIS 3 som konstitueres som overlege, samt der overleger skal godkjennes for oppgaver som ligger utenfor deres spesialistgodkjenning	<p>Løpende oppgave for avdelingssjef. Avdelingssjef må være kjent med utarbeidet plan og følge denne ved konstituering.</p> <p>Sikrer også at LISene har en plan for ferdigstilling av spesialiseringen sin, når de f.eks går inn i en overlegestilling.</p> <p>Se tiltak 34 for evaluering/utsjekk.</p>		Susanne Miriam Sørensen Hernes	30.04.2026	Aktiv
Sikre god onboarding av nye LIS	<p>1) Tildel kompetanseplaner for nye LIS</p> <p>- basisplan for kirurgisk leger SSA</p> <p>Kompetanseplan for vaktgående LIS -SSA</p> <p>2) Innføre fadderordning for LIS 2 tilsvarende slik de har på medisinsk avdeling</p> <p>Se også tiltak 32.</p> <p>Følges opp i det tertialvise oppfølgingsmøte.</p> <p>Se også tiltak 34.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	01.06.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Lokalt kvalitets- og komplikasjonsregister	<p>Liggetid og reoperasjonsrate på hyppig forekommende inngrep som appendektomi, brokkoperasjoner og cholecystektomi , samt postoperativ infeksjonsrate. Dette kan utvides når mulig.</p> <p>Må ligge på sikkert område, og etterhvert publiseres i styringsportalen.</p>		Martin Bøhler	01.06.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Etablere felles utdanning for kirurgiske LIS i SSHF	<p>Det er opprettet en arbeidsgruppe med LIS og overleger fra SSA og SSK, koordineres av utdanningskoordinerende overlege i SSHF (organisasjonsavdelingen). Arbeidsgruppen består av:</p> <p>2 overleger fra SSK 1 LIS fra SSA 1 LIS fra SSK</p> <p>Det er laget en møteplan og innkalt til sammen til 3 møter.</p> <p>Heldagsmøte 08.04.26 med agenda: Utarbeide strukturerte og samordnede utdanningsløp for kirurgiske LIS i SSHF. Plan for utdanningsløp skal vise: Struktur for rotasjon mellom ulike læringsarena, hvilke læringsmål LIS skal fokusere på (periodisering) Plan for kompetansevurdering, Kompetanseplan for vaktgående LIS Opplæringsplan for nye LIS</p> <p>Deretter to digitale oppfølgingsmøter for ferdigstilling og ledelsesforankring, den 24.04.26 og 07.05.26</p> <p>Skal behandles i foretaksledelsen 23. juni.</p> <p>Arbeidet med implementering starter etter sommerferieavviklingen.</p> <p>Alle tiltakene som handler om LIS-utdanningen sjekkes ut samlet mot slutten av året, ref. tiltak 34.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	23.06.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
<p>Fagråd gastrokirurgi skal være i aktiv drift</p>	<p>Planlagt statusrapportering for tiltak vedtatt i februar 2025 ble gjennomført i mars 2026. Det vises til vedlegg. Foretaksledelsen skal fremover ved hvert tertial få en tilsvarende statusrapport.</p> <p>Det vil være avgjørende for muligheten til å avsette tid til deltagelse i fagrådsarbeid at den akutte bemanningssituasjonen håndteres, se øvrige tiltak i handlingsplanen.</p> <p>Den normative rapporteringen fra fagrådene skal følges, der manglende oppfølging/leveranse må få konsekvenser. Hvordan drøftes i lederlinja.</p> <p>Det er et felles ansvar for avdelingssjefene Kirurgisk avdeling SSA og SSK å sørge for at deltagere i fagrådene kan delta på møtene.</p> <p>Alle ledernivå skal etterspørre resultat fra arbeidet, dette er satt i system.</p> <p>Følgende nye forslag vil bli behandlet ved neste tertial: Fagavdelingen overvåker fagrådene arbeid. Dersom fagrådet ikke fungerer, innkaller fagavdelingen de aktuelle linjelederne (hele linja), til møte med dette som tema. Dette vurderes ved revidering av fagrådene mandat høsten 2026. .</p> <p>Nytt punkt til mandatet: krav om årlige møter med utdanningsansvarlig overlege.</p>		<p>Susanne Miriam Sørensen Hernes</p>	<p>30.06.2026</p>	<p>Aktiv</p>

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Utsjekk av alle tiltak som omhandler LIS-utdanningen - gjennomføring og evaluering	<p>Gjelder tiltak 27 - 33 og 35.</p> <p>Adm.direktør vedtok i desember-2025 at SSHF skal gjøre en internrevisjon av LIS-utdanningen i 2026</p> <p>Org.direktør og UKO går gjennom status på alle tiltakene. Ny evaluering i desember.</p>		Nina Føreland	30.06.2026	Aktiv
Gastrokirurgi SSHF - vurdere felles ledelse SSA - SSK	<p>Foretaksledelsen må i samarbeid med de to avdelingssjefene utrede om felles ledelse på enten seksjonsnivå eller avdelingsnivå vil være hensiktsmessig.</p> <p>Org. direktøren utarbeider mandat, i samarbeid med fagdirektøren og klinikkdirektørene.</p>		Nina Føreland	01.07.2026	Aktiv
Alle LIS-veiledere ved Kirurgisk avdeling i Arendal skal ta veiledningskurs	<p>Alle overleger som skal veilede LIS 2/3 skal ha gjennomført veileder kurs Alle LIS som skal veilede LIS 1 skal ha gjennomført veileder kurs</p> <p>Gjennomføring av veilederkurs er et læringsmål i spesialistutdanningen</p> <p>Det er et lederansvar for avdelingssjef å sørge for at veilederne faktisk deltar på kurset. Dette må også påses ved oppnevning av nye veiledere.</p> <p>Kursene gjennomføres lokalt i SSHF, fire ganger i året.</p> <p>Måles gjennom kompetanseportalen, der dette registreres automarisk via Læringsportalen.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	01.07.2026	Aktiv
Etablere tverrgående internundervisning gastrokirurgi SSA - SSK	I samarbeid etablere felles fast internundervisning.		Jan Torkild Haukvik	01.07.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Rekrutteringstiltak	<p>Vi har hatt tre utlysninger i løpet av 2025. Ingen søkere. Det planlegges ny utlysning i mars/april 2026, med endret lønnsincentiv og en tydeligere faglig profil i avdelingen. Det jobbes med rotasjon til SSK og til andre HF. Klinikken jobber også med en aktiv rekrutteringspakke sammen med org.avd og har dialog med andre helseforetak.</p> <p>Utdanne spesialister selv: Ingen HF i Norge er ennå blitt godkjent av Hdir som utdanningsinstitusjon innen gastrokirurgi. Det jobbes systematisk for å bygge et attraktivt arbeidsmiljø, både faglig og sosialt, med fokus på kvalitetsforbedring, felles casusmøter, gode operasjonsgjennomganger, la LIS komme til på operasjoner mm. Dvs bygge og forsterke fagmiljøet, og sikre godt samarbeid mellom SSA og SSK, inkl. rotasjon til SSK.</p>		Nina Føreland	01.07.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Alle LIS 2/3 skal ha oppdaterte individuelle utdanningsplan med god struktur	<p>Hdir anbefaler oppdatering pr. halvår. Følgende rutiner er satt i verk:</p> <ul style="list-style-type: none">- Org. avdelingen sier fra til leder dersom det ikke er tildelt kompetanseplan.- Org. avdelingen sier også fra dersom planen ikke er lastet opp av LIS og fylt ut.- LIS-utdanning er satt opp som tema i de faste oppfølgingsmøtene som administrerende direktør har med klinikkdirektørene, for utsjekk av gjennomføring.- I overordnet revisjonsprogram for 2026 inngår internrevisjon av LIS-utdanningen. <p>Se tiltak 34 for evaluering/utsjekk.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	01.07.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Håndtere den akutte bemanningssituasjonen	<p>LIS og overleger fra SSK, AHUS og OUS bidrar til å dekke vakanser</p> <p>Vaktordning for LIS 2/3 er endret fra 12-delt til 10-delt vakt.</p> <p>Overføring av ikke operative gastro kreftpasienter som kommer fra OUS til SSK</p> <p>Overføring av palliative pasienter og noen gastromedisinske pasienter som skal ha prosedyre til gastromedisin SSA: det pågår arbeid med medisinsk avdeling vedrørende dette.</p> <p>Det er vurdert om ortopedier kan inngå i traumevakt. Dette er krevende da SSA har uerfarne gastrokirurger. Det er satt opp et møte med ortopedisk overlege for å diskutere dette.</p> <p>Det er laget beredskapsplaner for midlertidig bortfall av kirurgisk vakt. En plan for bortfall på natt, og en plan for bortfall 24/7. Det er også laget en plan for omlegging av drift i helg. Denne ble tatt i bruk fra 6. - 9. mars 2026.</p> <p>Arbeidsavtalen for seksjonsoverlege ved SSA utløper 10.04.26, og vedkommende går da tilbake til sin stilling ved SSK. Dette vil ytterligere forverre situasjonen. Det jobbes med tiltak for å rekruttere ny seksjonsoverlege.</p>		Nina Føreland	01.07.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Utnevne utdanningsansvarlig overlege (UAO) i Kirurgisk avdeling Arendal	<p>Alle avdelinger har dette på plass i dag, men det mangler ved Kirurgisk avdeling i Arendal. Medarbeideren som blir utpekt til dette må sikres tilstrekkelig tid - det må avsettes tid til dette i arbeidsplanen.</p> <p>Det er et lederansvar på avdelingssjef å påse dette. Vedkommende må være spesialist, men trenger ikke være gastrokirurg.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	01.07.2026	Aktiv
Uønskede hendelser skal kunne flagges som "røde flagg" for oppfølging i KPU	<p>Dersom det er gjentatte uønskede hendelser, eller mønstre/trender som gir grunn til bekymring, skal slike hendelser markeres med "rødt flagg" og legges frem samlet til ny behandling i KPU. Alle i KPU må våge å stille kritiske spørsmål - også utenfor eget fag, og vise egen sårbarhet gjennom egne caser.</p> <p>Uønskede hendelser må kombineres med gjennomgang av behandlingsresultat, og sees i en større sammenheng. Arbeidsutvalget i KPU påser at hendelser/mønstre som flagges som røde, kommer til behandling i KPU.</p>		Lasse Svenstrup Andersen	30.09.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Normalisere at bekymring over kvalitet kan og bør løftes til ledernivået over, dersom nærmeste leder ikke forholder seg til bekymringen initialt	<p>Lederlinja må tematisere til dette sine medarbeidere - formidle det som en forventet kultur. Lederne må praktisere åpen dørholdning, og vise i praksis at dette blir fulgt opp med handling.</p> <p>Det bør også formidles at slik bekymring er mulig å ta dette opp med veileder.</p> <p>Det må jobbes med å bygge kultur rundt at dette er ønsket og trygt - og også er en plikt som påhviler alt helsepersonell.</p>		Martin Bøhler	14.10.2026	Aktiv
Sikre god struktur på previsitten	<p>Previsittene skal gjennomføres slik at det i etterkant foreligger</p> <ul style="list-style-type: none"> - plan for håndtering av seksjonens pasienter . plan for overføring til andre seksjoner/avdelinger - plan for utskriving - oversikt over hvilke pasienter som skal visiteres av overlege, se ior øvrig tiltak 1 		Martin Bøhler	21.10.2026	Aktiv
Stikkprøvekontroller av meldte uønskede hendelser	<p>Minimum 10 % av meldingene skal gjennomgås på nytt av avdelingssjef - for å vurdere om meldingene er korrekt kategorisert.</p> <p>Tilsvarende skal innføres på ledernivået over.</p> <p>Testes først ut i en pilot. Trekkes ut med et tilfeldig utvalg.</p>		Susanne Miriam Sørensen Hernes	28.10.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Sikre at alle LIS 2/3 får veiledning av kompetent veileder	<p>Gjennomført veiledning skal dokumenteres i Kompetanseportalen. Det er LIS 2/3 som selv dokumenterer dette.</p> <p>Oppgavekategorisering i GAT skal innføres i løpet av 2026, her vil veiledning bli en kategori som kan legges inn i arbeidsplanen, både for LIS 2/3 og for veilederen.</p> <p>Det er et lederansvar for avdelingssjef å påse at veiledningen gjennomføres. Utsjekk av dette vil bli gjort rutinemessig i oppfølgingsmøtene. Avdelingssjef vil måtte ha bistand fra utdanningsansvarlig overlege for å sikre dette.</p>		Kristine Johanne Nordstrøm Forselv	24.11.2026	Aktiv
Rutinemessige redegjørelser til styret om etterlevelse av kvalitetssystemet	Administrerende direktør skal i hvert styremøte i 2026 ha en sak eller temasak som omhandler organisasjonens evne til å følge opp kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring		Nina Mevold	24.11.2026	Aktiv
Rutiner for etterspørring av status tiltak alle hendelsesanalyser i regi av Fagavdelingen	<p>- Etter hendelsesanalyser identifiseres det tiltak som må vurderes gjennomført for å redusere risikoen for nye hendelser. Vurderingen av hvorvidt disse tiltakene skal gjennomføres gjøres i klinikkens KPU, basert på en totalvurdering.</p> <p>Tiltaket innebærer utsjekk og dokumentasjon av hvilke tiltak som blir vedtatt i de ulike involverte klinikkene og status for gjennomføring av tiltakene etter 6 mnd. Metode for gjennomføring og dokumentasjon drøftes i Kvalitetsnettverket.</p>		Else Kristin Reitan	24.11.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Videreføre arbeidet med å implementere god risikostyring i alle nivå i organisasjonen, samt sikre rutinemessig ROS fremover ved gastrokirurgisk seksjon SSA	- implementere rutinemessig ROS for ordinær virksomhet på klinikknivå og avdelingsnivå i organisasjonen - se øvrige detaljer i LGG 2026 for policyområdet risikostyring		Vemund Gitlestad	24.11.2026	Aktiv
Utsjekk gjennomføring og evaluering av tiltak innenfor HR	Gjelder tiltak 8, 10 og 19		Nina Føreland	02.12.2026	Aktiv
Internt kvalitetsprosjekt for forbedring av medisinsk koding	- revisjon av dagens kodekvalitet, på tvers i SSHF - vurderes som forbedringsprosjekt - må avventes inntil øvrige tiltak SSA er gjennomført - bør gjennomføres som et felles prosjekt SSA og SSK, med støtte fra EVD og Kodekontoret. SSA kan ikke lede dette nå. Bør drøftes av fagrådet for gastrokirurgi.		Frank Lohne	22.12.2026	Aktiv
Bedre rutiner for oppfølging av forbedringsarbeid etter uønskede hendelser - generelt tiltak	Konklusjoner etter gjennomgang av uønskede hendelser løftes til diskusjoner mellom klinikkdirektører for å sikre at læring spres til resten av organisasjonen. I tillegg må meldte uøh og påfølgende forbedringsarbeid i større grad synliggjøres for medarbeiderne slik at det oppleves som nyttig å melde.		Else Kristin Reitan	22.12.2026	Aktiv
Evaluering av gjennomførte tiltak i handlingsplanen	Se også tiltak 34 og 36.		Mikkel Peter Høiberg	29.12.2026	Aktiv
Rutiner for regelmessig oppfølging av fagråd i lederlinjas oppfølgingsmøter	Både AD og klinikkdirektørene skal rutinemessig etterspørre og gjennomgå fagrådenes arbeid i de ordinære rutinemessige oppfølgingsmøtene		Mikkel Peter Høiberg	31.12.2026	Avsluttet
Opprettholde kirurgisk kompetanse - rotasjon for å vedlikeholde kompetansen	- rotasjon av kirurger til SSK/AHUS/OUS		Susanne Miriam Sørensen Hernes	31.12.2026	Aktiv

Tiltaksplan

Tiltak	Beskrivelse	Tema	Saksb.	Frist	Status
Øke psykologisk trygghet i alle deler av organisasjonen	Temasamlinger i HAMU Fokus i oppfølging av ForBedring, der hvor scoren på sikkerhetsklima eller teamarbeidsklima er lav Lille lederskolen Temaside på intranett, med link til ressurser o.l. Fokus i vernerunde, ved å se på om en skal ha inn spørsmål om psykologisk trygghet		Nina Føreland	01.04.2027	Aktiv

Saksfremlegg til foretaksledelsen

Møtedato	17. mars 2026
Saksnummer	60/2026
Saksnr. i Public	25/00891
Saksbehandler	Rådgiver Marte Ween-Velken, Fagavdelingen
Type sak	Beslutning
Sakstittel	Fagrådspulsen – status og tiltak for å styrke fagrådene

Forslag til vedtak

Administrerende direktør vedtar følgende:

1. Generelt mandat for fagråd revideres høsten 2026, med høringsrunde i linjeledelsen, fagrådene, kvalitetsnettverket og OKU.
2. De fagspesifikke mandatene revideres deretter i tråd med generelt mandat, med høringsrunde i aktuelle fagråd og lederlinjer.
3. Status for arbeidet i fagråd presenteres for foretaksledelsen med jevne mellomrom, gjennom Sykehuspulsen.
4. EVD innarbeider oversikt over fagrådernes aktivitet i Dashboard for kvalitet i Styringsportalen.
5. Administrerende direktør og klinikkdirektørene innarbeider dialog om og etterspørring av fagrådernes arbeid i de faste oppfølgingsmøtene med klinikkene/avdelingene, når punkt 4 er på plass.

Vedlegg i saken

- Liste over fagråd, med leder, sekretær, møtevirksomhet og fremlegg foretaksledelse
 - [26_03_17 Fagrådene oversikt](#)
- Liste delt i godt fungerende fagråd og fagråd som trenger styrking
 - [26_03_17 Fagrådene 1. fungerende 2. behov for styrking](#)
- [Fagråd - generelt mandat](#)
- [25_02_11 Fagråd - revitalisering og forankring, saksfremstilling foretaksledelsen](#)

Forankring	
SSHFs Strategiplan 2025-2028	Kap. 3.1. Kvalitet i pasientforløpet Kap. 3.2. Ledelse, organisering og kultur
Oppdrag og bestilling	Yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester (OBD 2025)
Prosess	
Tidligere vedtak i FL og/eller styret	Fagråd – revitalisering og forankring (Public 25/00891)
Behandling i andre fora	
Tillitsvalgte/verneombud brukerutvalg/ungdomsråd	
Konsekvenser	
ØLP/budsjett	
Årsverk	
Gevinstrealisering	Kvalitetsforbedring på tvers av klinikkene, reduksjon av uønsket variasjon

Bakgrunn for saken

Fagrådene skal bidra til å sikre samarbeid på systemnivå for fagområder som har virksomhet i to eller tre klinikker i Sørlandet sykehus. Fagrådene skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud til alle pasienter i Agder. Foretaksledelsen vedtok 11. februar 2025 en rekke tiltak for å styrke fagrådene.

I denne saken presenteres status og vurdering av fagrådenes møtevirksomhet og fungering. Det foreslås tiltak for å lette klinikkdirektørenes og avdelingssjefenes mulighet til å følge opp fagrådenes aktivitet og vurderinger. Det foreslås videre prosess for revisjon av fagrådenes mandat.

Saksopplysninger

De vedlagte dokumentene med oversikt over fagrådenes aktivitet og vurdering av deres behov for styrking gjennomgås i foretaksledelsens møte 17. mars.

Av de 21 fagrådene ved SSHF fungerer over halvparten, med regelmessige møter og ivaretagelse av mandatet. Flere fagråd har ikke hatt møter siste et til to år, eller skriver ikke referater fra møtene. Noen fagråd har blitt reetablert i løpet av 2025, og trenger tett oppfølging fremover. Ett fagråd kan vurderes avvirket, da det ikke har hatt møter siden 2023, og mandatet trolig kan ivaretas av andre fagråd.

Fagavdelingen deltar på sak i aktuelle fagråd etter invitasjon, ev. etter initiativ fra oss på bakgrunn av informasjon i referatene eller fremlegg i foretaksledelsen.

I saken Fagråd – revitalisering og forankring, som ble behandlet av foretaksledelsen 11. februar 2025, vedtok administrerende direktør at klinikkdirektørene i somatikken skulle følge opp øvrige tiltak som beskrevet i saken. Dette inkluderte blant annet å stille krav til gjennomføring av fagrådsmøter og aktivt etterspørre og følge opp fagrådene:

Klinikkdirektørene bør jevnlig gjennomgå i oppfølgingsmøtene med avdelingene status for

fagrådenes arbeid, inklusive: gjennomgang av siste foreliggende referat og innspill fagrådet kommet med, samt hvordan disse bør behandles i lederlinjen. Hvordan dette kan innarbeides bedre diskuteres i møtet.

Konkret foreslås også innarbeiding av oversikt over fagrådenes arbeid i Dashboard i Kvalitetsportalen. Fagavdelingen har kontaktet EVD for å få dette på plass.

I løpet av 2026 vil en revisjon av det generelle mandatet for fagråd gjennomføres, da det per nå mangler en tydeliggjøring av oppfølgingsansvar også for linjeledelsen. Det planlegges en høringsrunde i fagrådene, kvalitetsnettverket og OKU. Deretter bør de spesifikke mandatene for hvert enkelt fagråd også oppdateres, etter høring i respektive fagråd og aktuell linjeledelse.

Vurderinger

Etter fagdirektørens vurdering beskriver det generelle mandatet for fagrådene sentrale og viktige oppgaver. Fagdirektør merker seg at det ved tilsyn og konsernrevisjoner ofte vises til fagråd som et sentralt verktøy, som skal bidra til samordning på tvers i en fragmentert organisasjon, der administrerende direktør er nærmeste felles leder for mange fagområder.

Fagavdelingen, ved seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, støtter opp under arbeidet med fagrådene så langt som mulig, det siste året med legeressurs øremerket til dette. Det er møtevirksomhet i flere fagråd nå enn for ett år siden. Fortsatt er det imidlertid manglende møteaktivitet i flere fagråd, og mange fagråd som har møteaktivitet ivaretar ikke hovedoppgavene i mandatet. Her vil det bli viktig fremover at linjeledelsen i alle de berørte avdelingene selv aktivt prioriterer ressurser til arbeid i fagråd, og viser at dette er ønsket fra ledelsen.

Kvaliteten må måles, etterspørres og følges opp, og kvalitetsforbedring foreslås, iverksettes og evalueres, slik at det investeres tid, refleksjoner og diskusjon i fagrådsarbeidet. Diskusjonen i foretaksledelsen bør inkludere hva som skal til for å oppnå en slik positivt sirkel for arbeid i fagrådene, inklusive lederlinjens motivasjon.

Fra godkjent referat fra foretaksledelsen:

Innspill fra foretaksledelsen:

- Foretaksledelsen takker for orienteringen
- Fint med oversikt over navn på fagråd, møterefater og møtefrekvens
- Robotkirurgi kan tas ut av listen, og flyttes under et annet fagråd (To til tre virksomheter under ett fagråd)
- Klinikkdirktørene følger opp fagrådene og strukturerer det på agendaen på oppfølgingsmøter
- Bistå fagrådene med oppfølging og gode strukturerte møter
- Ikke behov for å ha fagrådene i dashboard, men ønskelig med samlokalisering for tilgjengelighet
- Rendyrke/Prioritere hovedoppgavene i mandatet
- Ønskelig med kortversjon av viktigste sakene og resultater for å få mer «kjøtt på beina»
- Klinikkdirktørene følger opp at fagrådene opprettholder god struktur – Legge inn i tertialrapportering?
- Ha fokus på fagarbeidet som ikke fungerer tilstrekkelig

Vedtatt av administrerende direktør

Administrerende direktør ber om at det jobbes videre med:

1. Generelt mandat for fagråd revideres høsten 2026, med høringsrunde i linjeledelsen, fagrådene, kvalitetsnettverket og OKU.
2. De fagspesifikke mandatene revideres deretter i tråd med generelt mandat, med høringsrunde i aktuelle fagråd og lederlinjer.
3. Status for arbeidet i fagråd presenteres for foretaksledelsen som formelle saker i april, august i september
4. Fagavdelingen bes vurdere hvordan fagrådet kan presentere arbeidet på best mulig måte
5. Administrerende direktør og klinikkdirktørene er ansvarlige for at arbeidet gjennomføres i linjen

Dokumentering av Nina Mevolds dialog med andre helseforetak i HSØ om bidrag til SSA

I september stilte jeg spørsmål til AD-er i OUS og AHUS mht om de hadde kapasitet til å bidra med kirurger til SSA (se mailer under). Jeg fulgte opp med telefonsamtaler med mine kolleger Bjørn Atle Bjørnbeth og Øystein Meland i oktober, desember og mars:

- 08. september 2025 mailer til AD Øystein Mæland (AHUS) og til Bjørn Atle Bjørnbeth (OUS) om bidrag til SSA KIR (se under)
- 10. og 13. oktober 2025 - samtaler med AD Bjørn Atle Bjørnbeth (OUS) om bidrag til SSA KIR
- 08. desember 2025 - samtale med AD Øystein Mæland (AHUS) om bidrag til SSA KIR
- 02. mars 2026 – samtale med AD Bjørn Atle Bjørnbeth om opptrapping av bidrag fra OUS til SSA Kir
- 17. og 19. mars 2026 – samtale med AD Øystein Mæland (AHUS) om bidrag til SSA KIR
- 18. mars: Teamsmøte med flere representanter fra OUS og SSHF om muligheter for styrket bistand fra OUS
- 22. mars 2026 - mail med status for driftssituasjon og SSHFs behov til Bjørn Atle Bjørnbeth, Øystein Mæland, Lisbeth Sommervold. Kopi til Terje Rootwelt. Orientering til Tom Helge Rønning om evt behov for endrede pasientstrømmer iht avtale med Telemark sykehus HF.
- 24. mars 2026 - avsjekk med Bjørn Atle om status for OUS koordinering av bemanning.
- 27. mars 2026 - planlagt samtale med Bjørn Atle Bjørnbeth om status.

I tillegg samtaler i de månedlige dagsmøtene for AD-er i HSØ, samt dialog med AD HSØ gjennom denne perioden. AD HSØ har kontakt med Helse Vest om eventuell mulighet for bidrag.

Mailene sendt 8. september (fulgt opp i klinikken/avdelingen), og av meg i telefoner i oktober, desember og mars (se over).

Fra: Bjørn Atle Lein Bjørnbeth <BBJOER@ous-hf.no>
Sendt: mandag 8. september 2025 14:27
Til: Nina Mevold <Nina.Mevold@sshf.no>; Anne Margrethe Svanes <uxnesv@ous-hf.no>
Emne: Re: Gastrokirurger med mulighet for å jobbe i friperioder?

Det kan du/dere gjøre. Jeg formidler videre internt.
BA

Ikke Sensitivt

Sendt fra [Outlook for iOS](#)

From: Nina Mevold <Nina.Mevold@sshf.no>
Sent: Monday, September 8, 2025 6:15:00 AM
To: Bjørn Atle Lein Bjørnbeth <BBJOER@ous-hf.no>
Subject: Gastrokirurger med mulighet for å jobbe i friperioder?

Hei Bjørn Atle
Vi har en kneik å komme over i Arendal innen gastrokirurgi. Kan vi kontakte din klinikkdirektør for kirurgi for å sondere mulighet for at noen gastrokirurger kan tenke seg å jobbe i Arendal denne høsten?
Mvh
Nina

Sendt fra [Outlook for iOS](#)

Fra: Øystein Mæland <Oystein.Maeland@ahus.no>
Sendt: mandag 8. september 2025 11:03
Til: Nina Mevold <Nina.Mevold@sshf.no>
Emne: SV: Gastrokirurger

Hei Nina,
Jeg må dessverre si at vi har utfordringer selv på dette fagområdet for tiden, så jeg beklager at vi ikke har så mye å bidra med.

Mvh. Øystein

Fra: Nina Mevold <Nina.Mevold@sshf.no>
Sendt: 8. september 2025 06:16
Til: Øystein Mæland <Oystein.Maeland@ahus.no>
Emne: Gastrokirurger

Hei Øystein
Vi har en kneik å komme over i Arendal innen gastrokirurgi. Kan vi kontakte din klinikkdirektør for kirurgi for å sondere mulighet for at noen gastrokirurger kan tenke seg å jobbe i Arendal denne høsten?
Mvh
Nina

Sendt fra [Outlook for iOS](#)

Rekrutteringsarbeid avdelingsleder Jan Haukvik

Avdelingsleder har de siste tre årene hatt målrettet kontakt med samarbeidende avdelinger på AHUS og OUS for å identifisere kandidater til stillinger ved SSA; og for å identifisere mulige vikarer. SSA har med bakgrunn i dette arbeidet fått hjelp av gastrokirurger fra Oslo/Lørenskog-området til å dekke helgevakter, og vakter i uker hvor avdelingen har vært lite bemannet.

I mars 2026 er det et pågående arbeid ovenfor 13 aktuelle gastrokirurger som enten har ferdig spesialitet innen gastroenterologisk kirurgi, eller som er i slutfasen av utdanningen. Av disse har fire takket nei etter grundig vurdering, og det pågår ytterligere samtaler med de resterende 9. For flere av disse gjelder at de er interessert i kortere perioder, men noen av disse vurderer også delte stillinger. Avdelingsleder har planlagt fysiske samtaler med aktuelle kandidater i slutten av mars.

Rekrutteringsforsøk seksjonsoverlege Martin Bøhler april 2025 til mars 2026.

Det har vært gjennomført et stort rekrutteringsarbeid av seksjonsoverlege Bøhler som har brukt hele sitt nasjonale kontaktnett. Gjennom dette året har alle som tidligere har jobbet i Arendal eller har en annen relasjon til Arendal vært invitert til sosiale sammenkomster for gjøre overgangen tilbake til Arendal enklest mulig. Det har vært aktiv nettverksbygging på Kirurgisk høstmøte og andre konferanser for å kartlegge mulige kandidater. Man har jobbet målrettet med egne LIS leger for å sikre at disse skal få så god tjeneste som mulig for å øke sjansen for at disse vil komme tilbake på et senere tidspunkt. Kurs i basal kirurgisk teknikk arrangeres årlig ved SSA, og dette har vært brukt for å positivt eksponere sykehuset, og for å identifisere evt LIS leger som er interessert.

Det har vært spesifikk kontakt med 12 gastrokirurger om muligheten for å starte arbeid ved SSA i hel eller deltids stilling. Flere av disse har vært på besøk i avdelingen, men har takket nei av ulike grunner. En av de mest profilerte valgte å takke nei pga medieomtalen ifbm med tilsynssaken våren 2025.

Det er knyttet kontakt med avdelingssjef på OUS og RH for å identifisere spesialister som de midlertidig ikke har overlegestilling til. Det samme initiativet er tatt av avdelingsleder ovenfor AHUS.